

JOSÉ MANUEL NUNES MONIZ

A ENFERMAGEM E A PESSOA IDOSA

**CONTRIBUTOS DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
PARA A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LISBOA

2001

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Faculdade de Ciências e Tecnologia

Secção Autónoma de Ciências Sociais Aplicadas

Ciências da Educação

A ENFERMAGEM E A PESSOA IDOSA

CONTRIBUTOS DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

PARA A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

por

José Manuel Nunes Moniz

**Dissertação apresentada na Faculdade de Ciências e Tecnologia
da Universidade Nova de Lisboa para obtenção do Grau de Mestre em
Ciências da Educação/Área de Educação e Desenvolvimento**

Orientadora: Professora Doutora Maria do Loreto Paiva Couceiro

Co-Orientadora: Mestre Maria Teresa dos Santos Rebelo

Lisboa

2001

*À memória dos meus avós
cujas vivências da infância têm perdurado na minha mente
e feito compreender o vivido pelas pessoas idosas
À memória do meu pai, que não conheceu a velhice
Aos enfermeiros que colaboraram neste estudo.
A todas as pessoas idosas
Aos meus orientadores e colegas do mestrado
À minha família alargada*

A todos o meu muito obrigado

RESUMO

A ENFERMAGEM E A PESSOA IDOSA

Contributos da prestação de cuidados para a formação em enfermagem

O envelhecimento demográfico tem sido um dos temas mais discutidos nos últimos tempos, por toda a sociedade, devido às consequências sociais e económicas que pode acarretar. De facto, com as pessoas a viverem mais anos e com problemas que, muitas vezes, são inerentes ao próprio processo de envelhecimento, começam a assediar as organizações de saúde. E muitas dessas organizações e dos enfermeiros que nelas trabalham consideram, por vezes, os seus casos pouco interessantes.

Contudo, a par do aumento do número de pessoas idosas a procurarem os serviços de saúde e de termos menos enfermeiros a querer desenvolver a sua actividade profissional em serviços onde predominam essas pessoas, existem enfermeiros que consideram a velhice um fenómeno natural e a pessoa idosa como um manancial de conhecimentos e experiências a partilhar, e a quererem desenvolver a sua prática profissional com pessoas idosas, o que vem tornar pertinente interrogar as práticas de cuidados de enfermagem às pessoas idosas nas condições em que as mesmas se exercem.

Assim, e de modo a interrogarmos essas práticas, desenvolvemos um trabalho empírico de natureza qualitativa, cuja questão central se prendeu em como se formam os enfermeiros, na sua prática profissional, para cuidarem de pessoas idosas. Para tal, traçámos os seguintes objectivos:

- Identificar os factores que podem influenciar a pessoa do enfermeiro a cuidar de pessoas idosas;
- Identificar que transformações ocorreram, na pessoa do enfermeiro, durante a sua prática profissional com pessoas idosas;
- Compreender como os enfermeiros desenvolvem os seus processos de formação.

É um estudo que mobiliza o conteúdo de sete entrevistas feitas a sete enfermeiros que desenvolvem a sua actividade profissional no Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, e que obedeceram aos critérios de selecção por nós pré-definidos. Assim, de modo a darmos resposta à questão central e aos objectivos deste trabalho, construimo-lo do seguinte modo:

Parte I – FORMAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL COM PESSOAS IDOSAS

Capítulo I – A Educação/formação de adultos, Capítulo II – A prática dos cuidados de enfermagem, e Capítulo III – A pessoa idosa.

Parte II – A ENFERMAGEM E A PESSOA IDOSA

Capítulo IV – Trabalho empírico e metodologia, e Capítulo V – Caracterização, apresentação e análise dos dados.

Da análise das entrevistas sobressaíram os seguintes temas:

- Factores que contribuíram para gostar de pessoas idosas, em que as vivências da infância, particularmente com os avós, foram marcantes para gostar de pessoas idosas. Uma outra vertente diz respeito à formação escolar durante os estágios desenvolvidos durante o curso de enfermagem. Contribuiu, também, verem a pessoa idosa com uma grande experiência de vida e um saber vivenciado prontos a partilhar
- Cuidar de pessoas idosas, identificámos o cuidar com intervenções de ajuda, de assistência, de suporte, de facilitação e de incentivo perante necessidades evidentes ou antecipadas. A importância do conhecimento da pessoa no seu todo, assim como os contributos da família para o processo de cuidados, também esteve presente nos seus discursos.
- Recursos formativos mobilizados, constatámos que consideram as pessoas idosas um recurso formativo porque aprendem com elas em termos humanos e profissionais. Nos seus discursos encontrámos referência ao que têm aprendido com as pessoas idosas, e a situações de cuidados em que as experiências foram entendidas como formadoras porque deram destaque ao processo de construção e de desconstrução do que foi feito. A partilha de experiências com os colegas, assim como a mobilização de leituras e a frequência de eventos formativos esteve presente nos discursos como conducentes à melhoria dos seus desempenhos junto das pessoas idosas.

Por último, apresentámos as principais conclusões, onde referimos a importância que teve o questionarmos a prática destes enfermeiros, pelos contributos que nos deram para compreendermos como se formam, na sua prática profissional, para cuidarem de pessoas idosas.

ABRIDGMENT
NURSING AND OLD PEOPLE
Health Care Contribution in the Learning Process of Nursing

Throughout the entire society, the demographic ageing has been one of the most argued subjects in the last few years, due to the social and economic consequences which it can cause. In fact, with people living longer and with problems that, many times, are inherent to the ageing process itself, health organisations begin to be assailed. And many of these organisations and sometimes, the nurses working there don't consider their cases very interesting.

However, at the same time that the number of old people looking for health care services raises, we have less nurses wanting to develop their professional activity in services where these people predominate. Even so, there are nurses that regard ageing as a natural phenomenon and an old person as a source of knowledge and experiences to share. Therefore, these nurses want to develop their professional practise with old people, which makes it pertinent to interrogate the nursing health care practises, in old people, in the conditions in which they are exercised.

Thus, and in a matter to question these practises, we have developed an empirical work of qualitative nature, that has to do with the process of teaching nurses in their professional practise to take care of older people. To do so, we have drawn the following objectives:

- Identify which factors can influenciate the nurse when taking care of old people;
- Identify which transformations take place in the nurse, as a person, during his professional practise with old people;
- Understand how nurses develop their learning processes.

It is a study that mobilises the content of seven interviews made to seven nurses that are working in the hospital of Santo Espírito in Angra do Heroísmo. These interviews followed some selection criteria previously establish by us.

To answer the main question and objectives of this work we made the following structure:

Part I – INSTRUCTION AND PROFESSIONAL PRACTISE WITH OLD PEOPLE

Chapter I – The education/instruction of grown people, Chapter II - Health Care Practise, and Chapter III – The Old People

Part II – Nursing and Old people

Chapter IV – Empirical Work and Methodology, and Chapter V – Characterisation, Presentation and Analysis of Data.

From analysing the interviews the following themes emerged:

- Facts which contribute in the caring of old people, where the childhood experiences, particularly with grandmothers, were one of the most important steps to care for old people. Another fact concerns the school instruction during internships developed in the nurse school. It also contributed to see old people as a great life experience and a known knowledge ready to share.
- Taking care of old people, we identified the taking care with help interventions, assistance, support, and incentive before the evident or anticipated needs. The importance of the knowledge possessed by the person in its whole, and the contributes of the family in the care process, were also present in their speeches.
- Mobilised formative resources, we realise that old people are considered a formative resource because nurses learn with them in human and professional terms. In their speeches we find references to what they have learned with old people, and the situations of health care in which the experiences were seen as formative because they emphasise the construction and deconstruction process made. Sharing experiences with colleges, as well as the mobilisation of reading and the frequency of formative events were present in their speeches as a way of improving their performances near old people.

Finally, we introduce the main conclusions, where we refer the importance of questioning the nurse practise, by the contribution, which was given to us so that we understand how to instruct, in our professional practise, the taking care of old people.

RESUME

LES SOINS ET LA PERSONNE AGEE

Contribution de la prestation de soins à la formation en soins infirmiers

Le vieillissement démographique est l'un des thèmes les plus discutés les derniers jours, par toute la société, dû les conséquences sociales et économiques qu'il peut entraîner. En fait, en vivant plus longtemps et avec des problèmes qui, souvent, sont inhérents au processus de vieillissement, les gens commencent à chercher plus fréquemment les organisations de santé. Et beaucoup de ces organisations et d'infirmiers qu'y travaillent considèrent, parfois, leurs cas peu intéressants.

Cependant, parallèlement à l'augmentation du nombre de personnes âgées qui cherchent les services de santé et d'y avoir moins d'infirmiers voulant développer leur activité professionnelle dans des services où prédominent ces gens-là, il y a des infirmiers qui considèrent la vieillesse un phénomène naturel et la personne âgée comme une vraie source de connaissances et d'expériences à partager, et qui veulent développer leur activité professionnelle avec des personnes âgées, ce qui fait pertinent interroger les pratiques des soins infirmiers aux personnes âgées dans les conditions où elles sont faites.

Ainsi, et de façon à interroger ces pratiques-là, nous faisons un travail empirique de nature qualitative, dont la question centrale est comment se forment les infirmiers, dans leur activité professionnelle, pour soigner les personnes âgées. Comme cela, nous avons déterminé les objectifs suivants:

- Identifier les facteurs qui peuvent influencer l'infirmier en tant que personne;
- Identifier les transformations qui se sont passées avec l'infirmier en tant que personne, pendant son activité professionnelle avec les personnes âgées;
- Comprendre comment les infirmiers développent leurs processus de formation.

C'est une étude qui mobilise le contenu de sept interviews faites à sept infirmiers qui travaillent à l'Hôpital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, et qui obéissent à des critères de sélection par nous prédéfinis.

De façon à répondre à la question centrale et aux objectifs de ce travail, nous l'avons construit de la manière suivante:

Partie I – FORMATION ET ACTIVITE PROFESSIONNELLE AVEC DES PERSONNES AGEES

Chapitre I – L'Education/formation d'adultes, Chapitre II – La pratique des soins infirmiers, et Chapitre III – La personne âgée.

Partie II – LES SOINS INFIRMIERS ET LA PERSONNE AGEE.

Chapitre IV – Travail empirique et méthodologie, et Chapitre V – Caractérisation, présentation et analyse des données.

De l'analyse des interviews, sont ressortis les thèmes suivants:

- Facteurs qui ont contribué à aimer les personnes âgées, où les expériences de l'enfance, particulièrement avec les grands-parents, ont été marquantes pour aimer les personnes âgées. Un autre aspect concerne la formation académique pendant les stages en soins infirmiers. Il a aussi été important la grande expérience de vie et le savoir vécu prêts à être partagés par la personne âgée.
- Soigner les personnes âgées, nous avons identifié le soigner avec des interventions d'aide, d'assistance, de support, de facilitation et de stimulation face à des besoins évidents ou anticipés. L'importance de la connaissance de la personne âgée dans son ensemble, ainsi que la contribution de la famille dans le processus de soins, ont aussi été présentes dans leurs paroles.
- Recours formatifs utilisés, nous avons constaté qu'ils considèrent les personnes âgées un recours formatif parce qu'ils apprennent avec elles en termes humains et professionnels. Dans leurs paroles nous avons trouvé une référence à ce qu'ils apprennent avec les personnes âgées, et à des situations de soins où les expériences ont été comprises comme formatrices, parce qu'elles ont fait ressortir le processus de construction et de compréhension de ce qui a été fait. Le partage d'expériences avec les collègues, ainsi que la mobilisation de lectures et la fréquentation d'événements formatifs ont été présents dans leurs paroles comme façon d'amélioration de leur action auprès des personnes âgées.

Finalement, nous avons présenté les principales conclusions, où nous remarquons l'importance d'avoir questionné l'activité de ces infirmiers, par l'aide qu'ils nous ont donnée à comprendre comment ils se forment, dans leur activité professionnelle, pour soigner les personnes âgées.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO GERAL.....	14
1. A pertinência do estudo e as motivações pessoais.....	17
2. A problemática de investigação.....	18
3. A estruturação do trabalho.....	23

PARTE I

FORMAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM COM PESSOAS IDOSAS

CAPÍTULO I – A EDUCAÇÃO/FORMAÇÃO DE ADULTOS

Introdução ao Capítulo I	28
1. A educação/formação: diferentes acepções.....	29
1.1 A educação/formação: que orientações?.....	31
1.2 A educação/formação na sociedade em mudança.....	33
2. A teoria tripolar da formação.....	35
3. A autoformação.....	37
3.1 Diferentes perspectivas sobre autoformação.....	37
3.2 A autoformação e o decurso da vida no trabalho.....	40
4. Formação e experiência.....	42
4.1 O conceito de experiência.....	42
4.2 O papel da experiência.....	44
4.3 A formação experiencial.....	45
4.4 Reflexão e transformação das experiências dos enfermeiros.....	48
Conclusão do Capítulo I.....	50

CAPÍTULO II – A PRÁTICA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Introdução ao Capítulo II	52
1. O cuidar em enfermagem.....	54
1.1 O conceito de cuidar.....	54
1.2 Os cuidados de enfermagem.....	57

1.3 Os cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde.....	59
2. A perícia do desempenho profissional do enfermeiro.....	65
2.1 De principiante a perito.....	67
Conclusão do Capítulo II	70
 CAPÍTULO III – A PESSOA IDOSA	
Introdução ao Capítulo III.....	72
1. O envelhecimento demográfico em Portugal.....	73
1.1 A sociedade e a família face ao envelhecimento.....	74
1.2 Os serviços de saúde face às pessoas idosas.....	76
2. A pessoa e o processo de envelhecimento.....	77
2.1 O conceito de pessoa.....	77
2.2 O conceito de si.....	79
2.3 O conceito e o processo de envelhecimento.....	81
2.4 Factores relacionados com o processo de envelhecimento.....	82
3. O contexto e o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa.....	86
3.1 A problemática de envelhecimento que se coloca à enfermagem....	89
3.2 Os cuidados de enfermagem à pessoa idosa.....	91
Conclusão do Capítulo III.....	93
CONCLUSÃO DA PARTE I	95

PARTE II

A ENFERMAGEM E A PESSOA IDOSA

CAPÍTULO IV – TRABALHO EMPÍRICO E METODOLOGIA

Introdução ao Capítulo IV	100
1. Abordagem metodológica.....	100
1.1 Abordagens metodológicas em enfermagem.....	102
1.2 Tipo de estudo	103
1.3 Sujeitos do estudo.....	105

2. Procedimentos utilizados na recolha de dados	106
3. Procedimentos utilizados na análise dos dados	107
Conclusão do Capítulo IV	110
 CAPÍTULO V – CARACTERIZAÇÃO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	
Introdução ao Capítulo V	111
1. Caracterização dos sujeitos.....	111
2. Apresentação e descrição dos dados.....	112
2.1 Síntese da entrevista de A	112
2.2 Síntese da entrevista de B	113
2.3 Síntese da entrevista de C	115
2.4 Síntese da entrevista de D	116
2.5 Síntese da entrevista de E	117
2.6 Síntese da entrevista de F	118
2.7 Síntese da entrevista de G	119
3. Análise dos dados	121
3.1 Factores que contribuíram para gostar de pessoas idosas	121
3.2 Cuidar de pessoas idosas	143
3.3 Recursos formativos mobilizados	158
Conclusão do Capítulo V	172
 CONCLUSÃO DA PARTE II	
CONCLUSÃO GERAL.....	176
 BIBLIOGRAFIA	
 ANEXOS	
Anexo I – Guião das entrevistas	
Anexo II – Entrevistas	
Anexo III – Quadros de síntese das entrevistas	

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO N.º 1 – Caracterização dos sujeitos do estudo	111
---	------------

INTRODUÇÃO GERAL

A educação/formação da pessoa processa-se ao longo de toda a vida, incide na aquisição de conhecimentos, eventuais mudanças de desenvolvimento de outros comportamentos e atitudes, e pela entrada em funcionamento das suas capacidades, considerando suas as experiências porque passa.

Neste sentido, a formação será uma viagem interior, cujas etapas correspondem às da maturação e adaptabilidade contínua do ser humano (Delors, 1998), em que o verdadeiro processo educacional é definido pelas suas necessidades, aspirações reais e elos que mantém entre o mundo das coisas e das pessoas, o que a tornará a mais humana das actividades humanas.

Num passado não muito longínquo, a formação assentava fundamentalmente na educação adquirida na escola. Hoje, esta constitui apenas a parte visível de toda a formação que é necessário adquirir-se por forma a respondermos cabalmente às exigências que se nos colocam no campo da profissionalização, particularmente no campo da enfermagem, se tivermos em conta as modificações sociais, económicas, tecnológicas e outras, que se têm verificado nas últimas décadas. Estas novas exigências e a rápida desactualização de saberes adquiridos, constituem o motor do desenvolvimento das capacidades de aquisição, de assimilação, de integração, e disponibilidade de aquisição de novos saberes. Daí encararmos a formação como um processo de desenvolvimento pessoal ao longo da vida, no qual cada um vai adquirindo e descobrindo novas capacidades e desenvolvendo novas competências.

A formação é um processo que visa a mudança: a pessoa modifica-se, modifica as suas percepções e as suas representações do real. E é pela optimização do potencial formativo das situações de trabalho que se vão

propiciar as condições necessárias para que os sujeitos transformem as experiências em aprendizagens a partir de um processo autoformativo, se para tal forem criados dispositivos e dinâmicas formativas (Canário, 1999). A autoformação é a apropriação pelo sujeito do seu próprio processo de formação; é tornar-se objecto de formação para si mesmo (Couceiro (2000).

Na visão compartimentada e rígida das actividades dos diferentes grupos etários em que prevalecia a ideia de que os novos são para aprender, os adultos para trabalhar e os velhos para descansar, aliada às teorias clássicas da aprendizagem e aos modelos clássicos de crescimento e de compensação, na idade adulta não ocorriam mudanças significativas. Porém, é prática corrente afirmar-se que é nesta etapa da vida da pessoa, que as possibilidades de realizar e de se realizar são maiores. Então, às portas do século XXI, a educação deverá transmitir cada vez mais, o saber aprender ao longo da vida, permitindo, assim, fornecer *“a cartografia dum mundo complexo e constantemente agitado e, ao mesmo tempo, a bússola que permita navegar através dele”*. (Delors, 1998, p. 77).

Neste contexto, Guy Berger (1991) citado em Canário (1999) afirma que há uma permanente mobilização de saberes adquiridos em situações de trabalho, por parte dos sujeitos, para situações de formação e destas para novas situações de trabalho.

A tentativa de construir novas práticas de formação como alternativa às acções de formação estruturadas em função do paradigma escolar, que abdica de utilizar como recursos de formação a personalidade e a experiência dos respectivos profissionais, e concebidas mais como momentos de ensino e de aprendizagem de técnicas do que como processo de desenvolvimento de recursos humanos (Honoré, 1992), decorre das novas realidades do exercício profissional e dos novos modos de pensar a formação, fruto da investigação que tem vindo a ser produzida (Canário, 1999). Assim, parece justificar-se o interesse sempre crescente dos enfermeiros pela formação, tendo por objectivo melhorar o seu desempenho profissional.

A enfermagem desempenha hoje uma importante função social que, ao longo dos tempos, se tem vindo a consolidar e a diferenciar, como resultado das suas acções, as quais têm trazido ao ser humano, ao longo do seu ciclo de vida e nos momentos mais difíceis da sua existência, grandes benefícios. Assim, *“a acção de enfermagem situa-se, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença e, por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente”* (Collière, 1989, p. 285). Por conseguinte, julgamos poder afirmar que os enfermeiros representam uma mais valia na promoção e manutenção da saúde das populações.

A enfermagem tem como finalidade ajudar as pessoas a aproveitarem ao máximo as suas capacidades funcionais, qualquer que seja o seu estado de saúde e a sua idade. Contudo, ajudar as pessoas idosas não tem tido um efeito mobilizador nos enfermeiros, pois, assistimos a um desinteressante, por parte dos mesmos, em trabalharem com pessoas idosas. Estas reacções parecem estar em consonância com as atitudes negativas, os mitos e os estereótipos em relação às pessoas idosas, ao envelhecimento e à doença crónica, presentes na Sociedade e que os enfermeiros, como membros dessa Sociedade também, não lhes estão imunes.

A pessoa é um ser de relação, contudo, na sociedade actual, caracterizada por fenómenos de globalização, em que os espaços das inter-relações humanas vão acontecendo cada vez menos, principalmente se as pessoas são idosas, torna-se imperativo consciencializarmo-nos dos acontecimentos que possam levar a essa situação e da importância que esses espaços possam ter no desenvolvimento da solidariedade humana. Esta mesma sociedade, ao valorizar e a privilegiar a produtividade, a juventude e a beleza física, tem feito com que as pessoas idosas se sintam mais vulneráveis à exclusão social e, quando estas começam a procurar os serviços de saúde, o interesse por estas pessoas, por parte dos profissionais de saúde, diminui bastante.

Contudo, sabemos que apesar de muitas atitudes negativas da sociedade em relação à pessoa idosa, e de um número reduzido de enfermeiros a querer trabalhar com pessoas idosas, existem enfermeiros que se dispõem e gostam de trabalhar com pessoas idosas, e perante uma possível mudança de serviço pedem para permanecerem nos serviços onde predominam essas pessoas.

1. A pertinência do estudo e as motivações pessoais

A razão do interesse sempre crescente dos enfermeiros pela formação, parece estar fundamentada nas enormes transformações do mundo actual, as quais são provocadas pela crescente evolução tecnológica e científica até há pouco tempo inimaginável. De qualquer modo, não pretendemos estimular uma ideia radicalmente evolucionista, onde nada mais importe senão o desenvolvimento tecnológico e científico. Contudo, convém estarmos atentos a que as organizações de saúde e os enfermeiros como membros dessas organizações também são influenciados pela valorização da técnica, pelo prestígio, pelos aspectos ligados à juventude física e saúde, os quais não têm encontrado aderência nas unidades de saúde onde predominam pessoas idosas.

Também muitos dos serviços hospitalares onde predominam pessoas idosas não se têm mostrado atractivos para muitos enfermeiros, são serviços onde predominam os recém-formados que ao fim de algum tempo pedem transferência, alegando serem serviços com pouco interesse para o seu desenvolvimento pessoal e profissional. Pois, conforme nos refere Poletti, (1997) a pessoa idosa hospitalizada apresenta pouco interesse para o pessoal de enfermagem, pois, para além de ser mais dependente, torna o ritmo de trabalho mais lento, e o seu “caso” pouco «interessante».

Ora, se por um lado temos mais pessoas idosas a procurarem as unidades de saúde, por outro, temos menos enfermeiros a quererem

desenvolver a sua actividade profissional nesses serviços. Contudo, também sabemos que há enfermeiros que gostam de trabalhar com pessoas idosas, consideram a velhice um fenómeno natural e as pessoas idosas como um manancial de conhecimentos e de experiências a partilhar, o que vem tornar pertinente interrogar as práticas de cuidados de enfermagem, desses enfermeiros, às pessoas idosas nas condições em que as mesmas se exercem, de modo a identificarmos e a compreendermos quais os factores que possam ter influenciado a pessoa do enfermeiro a cuidar de pessoas idosas e as transformações que ocorreram na sua pessoa para cuidar dessas mesmas pessoas.

Com efeito, a natureza e as exigências das organizações de saúde, centradas nos progressos tecnológicos, na doença e na cura, não têm conseguido providenciar às pessoas idosas cuidados personalizados e contínuos, nem apoiado as suas famílias, pois *“um sistema de saúde que se centra fundamentalmente na cura tem poucos recursos para oferecer a esta população, onde a maioria tem problemas crónicos”* (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p. 82).

Daí este querer questionar a prática profissional sobre como se formam os enfermeiros para cuidarem de pessoas idosas ter a ver com algumas preocupações que temos vindo a sentir desde há algum tempo, e que se prendem com a problemática do envelhecimento demográfico; com as pessoas a viverem mais tempo, mesmo em situação de doença crónica, e a procurarem as Organizações de Saúde com maior frequência, pois, muitas das situações que eram resolvidas no seio da família têm passado para o domínio dos profissionais de saúde.

2. A problemática de investigação

A melhoria das condições de vida das populações, um maior e melhor acesso aos cuidados de saúde com um consequente aumento da esperança

de vida, aliada a uma baixa da taxa de natalidade, têm levado a que as pessoas vivam mais tempo, conduzindo, assim, a um número cada vez maior de pessoas idosas. O envelhecimento da população é um fenómeno observado em todos os países europeus, pois desde a Segunda Guerra que o número de idosos tem vindo a aumentar de ano para ano.

Conscientes de que o envelhecimento da população é um fenómeno com tendência a aumentar, e com o qual nos devemos regozijar, não podemos ficar indiferentes aos múltiplos problemas que o envelhecimento da população pode acarretar, e a realidade é que cada vez mais os enfermeiros trabalharão com pessoas idosas (Skett, 1991).

A longevidade tornou-se, assim, uma realidade para milhões de pessoas em todo o mundo. Com efeito, no futuro, muito poucas pessoas não conseguirão chegar a idosos, enquanto que no passado muito poucos chegavam a esta etapa de vida.

Este fenómeno de aumento da população idosa tem suscitado o interesse da sociedade em geral. Não é por acaso que o ano de 1999 foi proclamado pela Organização das Nações Unidas como Ano Internacional das Pessoas Idosas, com o tema “Uma Sociedade para Todas as Idades”. Criando, assim, uma oportunidade redobrada para podermos reafirmar que os mitos, os estereótipos, a indiferença, a discriminação e o ostracismo a que parecem ser, por vezes, votadas as pessoas idosas na sociedade ocidental, contribuem para a sua auto-imagem negativa, para ao seu isolamento e solidão, chegando mesmo a acelerar o seu processo de envelhecimento, o que vem ao encontro de estudos efectuados por diversos autores. (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

O envelhecimento populacional tem vindo a tornar-se uma das principais preocupações dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros e, consequentemente a influenciar a prática dos cuidados de enfermagem. A prestação de cuidados de enfermagem às pessoas idosas relaciona-se predominantemente com tudo o que preserva as condições de saúde deste

grupo etário, tendo em vista a prevenção, o tratamento e a limitação da doença (Watson, 1988; Collière, 1989).

Para prestarmos cuidados de enfermagem às pessoas idosas, temos que introduzir mudanças, que têm de ser necessariamente adaptadas às características dessas pessoas, das equipas e das unidades de saúde, de modo a que se possam desenvolver estratégias e mobilizar-se recursos. Todos nós temos conhecimento do trabalho que desenvolvemos à «tarefa», cujos cuidados são prestados de maneira pontual, despachando-os o mais depressa possível, e onde parece não existir espaço para a relação interpessoal. A pessoa idosa é vista e tratada em função das alterações que apresenta ao nível dos diferentes órgãos.

Esta visão fragmentada do ser humano exige uma mudança de atitudes, de modo a que enfermeiro e pessoa idosa sejam considerados pessoas que interagem e se respeitam mutuamente. É nesta perspectiva que nos devemos situar, o que vai permitir que a pessoa idosa tenha o máximo de controlo sobre a sua pessoa, facilitando-lhe uma auto-aprendizagem sobre modos de lidar e de actuar em situações de confronto com a doença, por exemplo. Ao mesmo tempo o enfermeiro apreende as percepções da pessoa, e isto ajuda-o a desenvolver as suas acções dentro do quadro de referência dessa pessoa (Watson, 1985).

De facto, tudo isto vem ao encontro da posição da Comissão Independente e Qualidade de Vida (s/d) em cujo Relatório *“Cuidar o Futuro”* recomenda que, no que se refere ao comportamento dos profissionais de saúde para com os utilizadores de cuidados, recomenda uma profunda mudança nas suas atitudes; sugere, ainda, reformas na educação e formação desses profissionais, bem como o planeamento de sistemas de controle de qualidade, de modo a que os utilizadores recebam informação adequada sobre a sua situação e deverão ter a possibilidade de escolherem o tratamento, se for caso disso, e serem tratados com dignidade e respeito, como parceiros responsáveis pelos seus cuidados de saúde.

Nos últimos tempos temos vindo a assistir a uma grande preocupação por tudo o que diz respeito à pessoa idosa, que envolve não só políticos, demógrafos, sociólogos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e médicos, mas também, quase toda a sociedade. Com efeito, os meios de comunicação social fazem chegar até nós múltiplas acções educativas, sociais e políticas relativas às pessoas idosas, que têm vindo a acontecer, o que parece resultar de uma angústia latente da Sociedade face ao envelhecimento da população. Conscientes de que o envelhecimento da população é um fenómeno com tendência a aumentar, não podemos ficar indiferentes e a realidade é que cada vez mais os enfermeiros trabalharão com pessoas idosas, pois, segundo estudos efectuados, os actuais enfermeiros recém-formados passarão 75% da sua prática profissional a prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas (Skett, 1991).

Actualmente a Sociedade ao valorizar a produtividade e privilegiando intencionalmente a juventude como símbolo de progresso, faz com que as pessoas idosas sejam mais vulneráveis à exclusão. Com efeito a velhice ainda é vista como uma doença, e as pessoas idosas como *senis, gastas, como as crianças, chatas...*, e, segundo Salgueiro (1990), o interesse manifestado pela população idosa diminui bastante quando esta começa a assediar progressivamente o mundo dos Hospitais, dos cuidados de saúde e dos serviços domiciliários. Esta situação leva a que a pessoa fique marcada pela sua dependência e já não se lhe pergunta qual poderá ser a sua contribuição.

Investigações recentes sobre a percepção que os jovens e adultos têm sobre a velhice revelaram que esta é percepcionada como o período de vida menos desejado, por acreditarem ser repleto de problemas de saúde, financeiros, emocionais, familiares e sociais. Parece, portanto, surgir o medo da nossa própria velhice e de tudo o que com ela se relaciona.

A enfermagem tem como finalidade ajudar as pessoas a aproveitarem ao máximo as suas capacidades funcionais, qualquer que seja o seu estado de

saúde e a sua idade. Contudo, ajudar as pessoas idosas não tem sido fácil, e isto parece dever-se a que *“todos os enfermeiros conheceram a infância, a juventude, a dor, a doença; contudo, ainda não conheceram a velhice – o que torna mais difícil compreender a complexidade do vivido pelos idosos e de considerar a velhice como um período de crescimento e de evolução”* (Costa, 1998, p. 14). Porém, existem pessoas, e particularmente enfermeiros, que consideram a velhice como um fenómeno natural e a pessoa idosa como um manancial de conhecimentos e de experiências a partilhar. Em face disto, temos, portanto, a oportunidade de reflectir e interrogar as práticas nas condições em que as mesmas se exercem. Daí que, as respostas às questões, entretanto, formuladas poderão levar ao enriquecimento pessoal e profissional da pessoa do enfermeiro, direccionado à prestação de cuidados à pessoa idosa, tendo em conta a aceitação de uma postura de desenvolvimento dos aspectos da sua globalização.

O Conselho da Europa publicou em 1996 um relatório, que teve a sua origem na quarta conferência dos ministros de saúde europeus, no qual, entre outras recomendações, se referia à importância da investigação em enfermagem, acrescentando que a prática baseada na investigação melhoraria a qualidade os cuidados de enfermagem. Os peritos que elaboraram o referido relatório enumeraram algumas *«alterações»* que consideraram pertinentes para a investigação em enfermagem. Consideram que *“a investigação em enfermagem torna-se cada vez mais necessária à medida que se multiplicam os problemas sanitários e sociais em relação aos cuidados de enfermagem”* (Hesbeen, 2000. p. 161). Dos problemas enunciados pelo autor, destacamos o aumento da população idosa com os problemas de saúde e de incapacidade que lhes estão associados, como uma das *«alterações»* a explorar ou a aprofundar pela investigação em enfermagem.

Daí que, talvez faça sentido examinarmos os percursos da prestação de cuidados de enfermagem às pessoas idosas, pois, conforme nos refere Rebelo (1996), as práticas de cuidados de enfermagem emergem como objecto de

análise e campo de produção de conhecimentos, necessário ao seu desenvolvimento como disciplina e como profissão.

Reportando-nos, novamente à questão de partida deste trabalho, sobre como se formam os enfermeiros, na sua prática profissional, para cuidarem de pessoas idosas, três grandes linhas orientadoras ajudar-nos-ão a dar resposta a essa questão e que são as seguintes:

- O que leva os enfermeiros a prestarem cuidados de enfermagem às pessoas idosas?
- Como é que a prática profissional os tem ajudado a cuidar de pessoas idosas?
- Que recursos mobilizam tendo por objectivo melhorarem o seu desempenho profissional junto das pessoas idosas?

Nesse sentido, procuraremos responder aos seguintes objectivos deste estudo, e que são:

- Identificar os factores que podem influenciar a pessoa do enfermeiro a cuidar de pessoas idosas.
- Identificar que transformações ocorreram, na pessoa do enfermeiro, durante a sua prática profissional com pessoas idosas.
- Compreender como os enfermeiros desenvolvem os seus processos de formação.

3. A estruturação do trabalho

Para além da introdução geral onde explicitamos a pertinência do estudo e as motivações pessoais, e a problemática de investigação, este trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos, e por fim uma conclusão geral. Contudo, para uma melhor compreensão do mesmo, organizámos os capítulos em três partes.

Parte I – Formação e prática profissional de enfermagem com pessoas idosas – No Capítulo I – A educação/formação de adultos: diferentes aceções, a teoria tripolar da formação, a autoformação, e formação e experiência. No Capítulo II – O cuidar em enfermagem e a perícia do desempenho no desenvolvimento profissional do enfermeiro. No Capítulo III – O envelhecimento demográfico em Portugal, a pessoa e o processo de envelhecimento, e o contexto e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa.

Parte II – A enfermagem e a pessoa idosa – No Capítulo IV – A abordagem metodológica: tipo de estudo e sujeitos do estudo, os procedimentos utilizados na recolha e na análise dos dados. No Capítulo V – Caracterização dos sujeitos, apresentação e descrição dos dados e por último, a análise dos dados.

Na conclusão geral, apresentaremos as conclusões que considerámos mais relevantes e pertinentes para a problemática em estudo.

PARTE I
FORMAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM
COM PESSOAS IDOSAS

PARTE I

FORMAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM COM PESSOAS IDOSAS

O trabalho a desenvolver, nesta parte, mobiliza conteúdos teóricos que procuraremos abordar e aprofundar, de modo a conceptualizarmos a problemática em estudo.

Assim, e de modo a questionarmos os enfermeiros sobre como se formam, na sua prática profissional, para cuidarem de pessoas idosas, no que se constitui a nossa pergunta de investigação, tornou-se pertinente abordarmos a educação/formação e as suas diferentes acepções, a prática dos cuidados de enfermagem, e a pessoa idosa e o processo de envelhecimento.

Nesta perspectiva, o desenvolvimento desta primeira parte organizar-se-á em três capítulos: Capítulo I – A Educação/Formação de Adultos; Capítulo II – A prática dos Cuidados de Enfermagem; e Capítulo III – A Pessoa Idosa.

Assim, no Capítulo I – A Educação/Formação de Adultos – serão abordadas as diferentes acepções dos termos educação e formação, bem como a teoria tripolar da formação que, estruturando-se em torno de três pólos (a autoformação, a heteroformação e a ecoformação), pode representar a descoberta do que constitui a experiência individual e colectiva, podendo a formação de adultos desenvolver-se em tornos destes três pólos. No entanto, encarado nesta interacção com os pólos, o conceito de autoformação ganha maior consistência e torna-se a chave nos processos de formação de adultos. Na autoformação, abordaremos as diferentes perspectivas sobre a autoformação e a autoformação e o decurso da vida no trabalho. Na formação e experiência abordaremos o conceito e o papel da experiência, a formação experiencial e a reflexão e transformação das experiências dos enfermeiros.

No Capítulo II – A prática dos Cuidados de Enfermagem – serão abordados aspectos ligados à prática dos cuidados de enfermagem: o cuidar em enfermagem, incidindo no conceito de cuidar, nos cuidados de enfermagem, e nos cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde. Por último abordaremos a perícia do desempenho no desenvolvimento profissional do enfermeiro baseando-nos no Modelo de Aquisição de Perícia de Stuart e Hubert Dreufus, aplicado à enfermagem (Benner, 1995), onde enfatizaremos a importância de se estudar a prática dos enfermeiros peritos.

No Capítulo III – A Pessoa Idosa – abordaremos aspectos ligados ao envelhecimento demográfico em Portugal; à sociedade e à família face ao envelhecimento e aos serviços de saúde face às pessoas idosas. Daremos especial ênfase à pessoa e ao processo de envelhecimento; ao conceito de si, ao conceito e ao processo de envelhecimento e aos factores relacionados com o processo de envelhecimento. Por último, abordaremos o contexto e o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa; a problemática do envelhecimento que se coloca à enfermagem e os cuidados de enfermagem à pessoa idosa.

CAPÍTULO I

A EDUCAÇÃO/FORMAÇÃO DE ADULTOS

Introdução ao Capítulo I

A formação é um processo que cada vez mais vai ocupando lugar de destaque nos dias de hoje; é um processo de desenvolvimento e de estruturação da pessoa que considera o formando, sujeito e agente da sua própria formação. Contudo, na maioria das vezes quando falamos de educação e de formação atribuímo-lhes o mesmo significado, outras vezes encaramo-las com significados diferentes. Canário (1999) considera que estas duas expressões, educação e formação, para o caso dos adultos, estão associadas a duas grandes tradições, a da alfabetização e a da formação profissional.

Actualmente quando falamos de educação ou de formação deparamo-nos pois, com uma polissemia de conceitos. No entanto, quaisquer que sejam os contextos em que sejam utilizados não podem restringir-se a etapas delimitadas na vida das pessoas, mas constituírem-se como um processo que se desenrola ao longo da vida.

O processo formativo é uma actividade complexa e global que privilegia o desenvolvimento global da pessoa e que surge de um duplo processo reflexivo que advém da tomada de consciência de se ser formado pelos outros, pelo mundo das coisas e por si própria; a pessoa forma-se na medida em que se apropria da sua própria formação. Neste contexto, abordaremos a teoria tripolar da formação (Pineau, 1991), a qual evidencia a formação como um processo complexo estruturado em torno de três pólos: a autoformação, a heteroformação e a ecoformação.

A autoformação supõe uma acção retroactiva sobre si de modo a produzir um sentido pessoal sobre as experiências de vida. Esta relação e

integração que as pessoas fazem da realidade e das experiências que vivem remete-nos para a formação experiencial.

De modo a contextualizar e a fundamentar a problemática em estudo iremos aprofundamos alguns aspectos ligados à formação. Assim, abordaremos a educação/formação em diferentes acepções, a teoria tripolar da formação, a autoformação, e formação e experiência.

1. A educação/formação: diferentes acepções

Os conceitos de educação e de formação são conceitos complexos que podem ser entendidos segundo diferentes acepções. Quando nos referimos a eles, deparamo-nos, muitas vezes, com uma ambiguidade de conceitos¹.. Canário (1999, p. 32) considera que esta *“flutuação terminológica é relativamente frequente na literatura científica, sobre este domínio, nomeadamente nos escritos de especialistas consagrados”*.

O termo “educação”, mais ligado à ideia de escola e de formação escolar, utilizou-se durante muito tempo para designar a acção dos adultos sobre as crianças, pois, segundo as teorias clássicas da aprendizagem e os modelos clássicos de crescimento e de desenvolvimento, na idade adulta não ocorriam mudanças significativas.

No entanto, é nesta etapa da vida da pessoa, que as possibilidades de realizar e de se realizar são maiores. *Hoje, as iniciativas mais interessantes procuram descobrir as oportunidades educativas que existem nos espaços de trabalho e de vida social* (Nóvoa, 1999, p. 5)². Para o mesmo autor, *“formar-se” não é algo que se possa fazer num lugar à parte. Bem pelo contrário, é um processo que se confunde com a própria vida dos adultos* (Nóvoa, 1999, p. 5).

¹ Actualmente é comum depararmo-nos com expressões tais como: educação básica, educação escolar, formação formal ou informal, formação inicial, formação contínua, formação profissional, entre outras, de modo a adjectivar educação e formação (Couceiro, 2000).

A polissemia dos termos “educação” e “formação” parece derivar do facto de continuarem a ser utilizados em diferentes contextos, dependendo do ponto de vista de quem os utiliza.

Avanzini (1996) citado em Canário (1999), no seu livro *Educação de Adultos: Um Campo e uma Problemática*, afirma que a “formação de adultos” tende a aumentar a competência da pessoa no domínio da sua própria actividade; é o que designa a noção de reciclagem e por vezes a de reconversão profissional, e a “educação de adultos” visa alargar a polivalência, mas sem modificar o estatuto, tendo em vista os tempos livres ou uma sólida cultura geral.

Canário (1999, p. 33), considera que as expressões de *educação de adultos* e *formação de adultos*, estão associadas a duas grandes tradições, a da *alfabetização* e a da *formação profissional*. Na *alfabetização* entronca a expressão educação de adultos que tanto pode corresponder a práticas escolarizadas de ensino recorrente como confundir-se ou sobrepor-se ao conceito de educação permanente, onde se incluem os processos educativos presentes ao longo da vida. A *formação profissional* pode também assumir um papel redutor quando é utilizada para designar processos adaptativos e instrumentais em relação ao mercado de trabalho e, na prática, não mobiliza a sua concepção.

As diferentes interpretações do termo “formação” têm conduzido a uma multiplicidade de sentidos, conforme as diferentes disciplinas que se debruçam sobre ele. Assim, a sociologia acentua a dimensão da socialização que o conceito de formação abrange, a psicologia enfatiza o desenvolvimento pessoal do sujeito, a antropologia aborda-a como inculturação, e a psicossociologia que nos direcciona para as inter-relações grupais (Josso, 1991, pp. 34-40).

² In prefácio à obra de Rui Canário *“Educação de Adultos, um Campo e uma Problemática”*, 1999, Educa, Lisboa.

1.1 A educação/formação: que orientações?

Na nossa perspectiva, os conceitos de educação e de formação estão cada vez mais interligados e, sendo assim, essa interligação deveria reflectir-se quer ao nível da concepção dos currículos escolares, quer ao nível dos programas de formação profissional.

Conforme já referimos, o conceito de educação aparece associado à formação escolar, que durante longos anos representou um papel de reprodução e de transmissão de saberes. Contudo, a construção de saberes é um processo de construção permanente ao longo da vida, que se desenvolve sob a acção de múltiplos agentes de socialização como, por exemplo, a família, a escola, as organizações escolares, as organizações de saúde, culturais, e sociais.

De qualquer modo, quaisquer que sejam os contextos em que possamos utilizar o termo “educação” ou o termo “formação”, eles não podem ficar *“prisioneiros da forma escolar”* conforme nos refere Guy Vincent, (1994), citado em Canário, (1999, p. 89). A este propósito, Canário, (1999, p. 88) refere-nos, que *“(...) a educação e a formação não podem restringir-se a etapas delimitadas da vida de cada pessoas, antes constituir um processo que se desenrola ao longo de toda a existência”*.

Josso (1988, p. 37)³ considera que *“a palavra “formação” apresenta uma dificuldade semântica, pois designa tanto a actividade no seu desenvolvimento temporal, como o respectivo resultado”*. Na perspectiva da autora, *“mantém-se uma ambiguidade, na medida em que o conceito utilizado não permite distinguir a acção de formar (do ponto de vista do formador, da pedagogia utilizada e de quem aprende) da acção de formar-se”*.

³ Josso, C. (1988) – Da formação do sujeito ... ao sujeito da formação. In Nóvoa, António e Finger, Matias (1988) – O Método (auto)biográfico e a formação.

Couceiro (2000) sublinha também, que o termo “formação” entrou no discurso sobre a educação por via da formação profissional como solução para os múltiplos problemas surgidos, como por exemplo, as mudanças tecnológicas e sociais a acontecerem de forma vertiginosa. Para a mesma autora, em determinados casos, acentua-se o papel da formação na reconversão da qualificação profissional, noutros como instrumento da revolução tecnológica, noutros como instrumento de preparação de trabalhadores para responder às exigências do desenvolvimento. Refere-nos, também, que muitas vezes, a formação tem vindo a ser encarada como um objectivo exterior ao sujeito, tendo isso a ver com aspectos políticos e económicos, fazendo-se, desse modo, ressaltar a ideia da formação como contributo na preparação de pessoas para a adequação aos contextos profissionais, às mudanças tecnológicas e sociais.

Honoré (1977), citado em Canário (1999), encara a formação como um processo de diferenciação e de activação energética, exercendo-se em todos os níveis da vida e do pensamento. Porém, apesar do termo “formação” estar mais conotado com a ideia de formação profissional, actualmente as práticas de formação extravasam as concepções mobilizadas nesses contextos.

De um modo geral, e no que diz respeito à formação, Josso (1991) afirma que co-existem três grandes vertentes: a formação como aprendizagem de competências, a formação como processo de transformação, a formação como projecto de si próprio.

Reportando-se, ainda, à formação, Couceiro, (2000, p. ?) evidencia e defende, no entanto, que se trata de um *“processo que ocorre em cada sujeito e que traduz a dinâmica profunda que dá a forma ao seu modo de ser, estar, sentir, pensar e agir”*. Neste sentido, indica finalidades que não se esgotam nem na aquisição de saberes, nem no incremento de competências técnicas e profissionais, nem no desenvolvimento das potencialidades da pessoa, *“mas que, podendo integrar todas essas vertentes se centram no sujeito, na forma*

que vai dando a si mesmo através da globalidade da sua existência e da sua inserção nas diferentes esferas da vida” (ib., 2000, p. ____).

Sintetizando, e conforme temos vindo a constatar, nem sempre é perceptível o que distingue o conceito de educação do conceito de formação. Porém, é fundamental retermos a ideia de que as diferentes interpretações dos conceitos de “educação” e de “formação” derivam do facto de continuarem a ser utilizados em diferentes contextos, dependendo do ponto de vista de quem os utiliza: o sujeito em formação, o formador, as organizações, os investigadores, entre outros. Importa, porém, referir a importância da ligação da educação/formação à existência da pessoa na sua globalidade, isto é, ter em conta a sua vida pessoal profissional, social, cultural e espiritual.

1.2 A educação/formação na sociedade em mudança

Numa Sociedade em constante mutação, em que *“a rápida evolução tecnológica e o acentuado acréscimo da mobilidade profissional são concomitantes com transformações tendenciais das organizações e processos de trabalho”* (Canário, 1999, p. 42), a pessoa confronta-se com a relatividade e a precariedade dos seus conhecimentos. Neste contexto, importa, desde logo, que a pessoa se assuma como sujeito da sua própria formação, e que decida assumir-se como sujeito e agente do seu desenvolvimento, dando forma à capacidade de tomar a iniciativa de aprender por si própria. Com efeito, o sujeito existe em formação (Honoré, 1992). A formação é uma dimensão da actividade humana ligada à mudança e surge como uma exigência da sociedade actual.

Em face do referido, a pessoa não deve esperar que alguém a forme, para ser formada⁴, mas é desafiada a formar-se, actividade muito mais complexa do que o “aprender a aprender”, que não se circunscreve a uma

⁴ Adoptando esta perspectiva podemos dizer que estamos em presença de um modelo clássico de formação, no qual um grupo de formandos e um formador encontram-se num determinado local e hora, e adoptam um conjunto de práticas onde os saberes são transmitidos e os formandos adoptam uma atitude passiva de simples receptores de saberes.

etapa da vida, nem a um determinada conteúdo ou espaço, mas em todas as circunstâncias, em todos os locais e com todas as pessoas.

Josso (1987, p. 44), citando Gattegno, é de opinião que só nos formamos *“quando integramos na nossa consciência, e nas nossas actividades, aprendizagens, descobertas e significados efectuados de maneira fortuita ou organizada, em qualquer espaço social, na intimidade connosco próprios ou com a natureza”*.

Estamos em tempo de mudança, quer no modo de estarmos na vida, quer na maneira de encararmos as diferentes áreas do saber que nos vão proporcionando outras maneiras de ser, contribuindo, assim, para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional. Contudo, esses saberes “valem enquanto valem”, e a certeza é de que o que era certo ontem poderá não sê-lo amanhã.

Hoje, mais do que nunca, as mudanças em todos os domínios são profundas, abrangentes, rápidas e irreversíveis. Se não estivermos atentos a essas mudanças podemos cair numa actividade meramente rotineira e tornarmo-nos indisponíveis e sem capacidade para perceber e interpretar criticamente o mundo em que vivemos.

A sociedade ocidental, nos finais do século XX, denominada por alguns autores de sociedade pós industrial, requer do cidadão comum competências no exercício da cidadania efectiva e esclarecida: competências desenvolvidas *“pelo cidadão e por aquela outra via, a via da sabedoria, da auto-formação, da reflexão consciente e informada sobre a experiência e sobre o que nos rodeia”* (Ambrósio, 1998, p. 6), de modo a não fazer do cientista um cidadão ignorante especializado, nem do cidadão comum um ignorante generalizado (Santos, 1998).

Em face das mudanças sociais e tecnológicas que temos vindo a acompanhar, Canário (1999, p. 39) considera que nos últimos anos temos

vindo a assistir a um crescimento de actividades de formação profissional contínua, *“vertente fundamental da visibilidade e autonomia do campo da formação de adultos, relativamente aos tradicionais sistemas escolares”*, de modo a, conforme nos refere Ferry (1983), impor-se como uma espécie de resposta às interrogações, as perturbações e a todas as angústias dos indivíduos e dos grupos desorientados e sacudidos por um mundo em constante mutação (Canário 1999, p. 39).

Por conseguinte, o processo formativo, inerente à própria pessoa, é uma acção feita por si própria, mobilizando diferentes saberes de modo a fazer face aos contextos pessoais, sociais e profissionais e às mudanças tecnológicas. A formação não se resume a uma preparação para agir, mas sublinha que se trata de uma preparação para viver, o que a torna a mais humana das actividades humanas (Ferry, 1987). Neste contexto, a pessoa conduz o seu próprio processo de formação; é ao mesmo tempo sujeito e objecto desse mesmo processo, formando-se pela acção de si própria, dos outros e das coisas.

2. A teoria tripolar da formação

Pineau (1991) inspirado na proposta dos três mestres de Rousseau, propõe um modelo de compreensão da formação, numa perspectiva global de vida, encarando-o como um processo complexo formado por três pólos (o próprio, os outros e as coisas). É o que designa por teoria tripolar da formação, que articula autoformação (**eu**), heteroformação (**os outros**), e ecoformação (**as coisas**).

A autoformação (**eu**) supõe a tomada de responsabilidade da pessoa por si própria, que é, ao mesmo tempo, sujeito e objecto da sua própria formação, (Pineau, 1991). Com efeito, esta apropriação do poder de formação pela pessoa torna-a sujeito, e ao aplicá-la a si mesma torna-a objecto da formação. É num contexto solitário, mas não fechado, que a autoformação se desenvolve,

confrontando-se a pessoa consigo mesma, com as suas forças e movimentos internos. A autoformação é, portanto, o processo pelo qual a pessoa toma consciência e influencia o seu próprio processo de formação.

Referindo-se à heteroformação (**os outros**), o mesmo autor elucida-nos para o lugar dos outros, no processo formativo. As experiências da inter-relação com o outro podem ser formadoras se transformadas em conhecimento pessoal e social.

Para Costa (1998, p. 29) a acção dos outros sobre a pessoa tem sido a base da formação institucionalizada⁵, ficando fora do alcance desta formação *“as experiências relacionais da vida quotidiana, em que cada um se expõe, se experimenta e experimenta o outro”*.

A ecoformação (**as coisas**) sublinha a dimensão do meio material e físico, as coisas, no processo formativo. Tem por base a relação que estabelecemos com as coisas, que tem sido tradicionalmente uma relação de domínio e de utilização; é como se implicasse novas relações com o meio que nos está mais próximo, (Pineau, 1991).

A teoria tripolar da formação estrutura-se, pois, em torno de três pólos: o da autoformação, o da heteroformação, e o da ecoformação. Neste contexto, a formação pode representar a descoberta do que constitui, não só, a experiência individual, mas também, a experiência colectiva, podendo, a formação de adultos desenrolar-se de acordo com estes três pólos.

Encarada nesta inter-acção com os outros pólos, o conceito de autoformação ganha maior consistência e torna-se a chave nos processos de formação de adultos.

3. A autoformação

A autoformação exige a tomada de consciência, a acção retroactiva sobre a experiência, a reflexão pessoal capaz de gerar a reapropriação dessas experiências. Neste processo, a pessoa é o centro do seu próprio processo de formação.

3.1. Diferentes perspectivas sobre autoformação

A autoformação pode caracterizar-se como um conjunto de práticas que permitem que cada pessoa possa aprender por si própria, assumindo-se como sujeito e objecto do seu próprio processo de formação, conforme já o dissemos. Contudo, estamos de novo perante uma complexidade terminológica pelo que a perspectiva de diferentes autores pode contribuir para melhor compreendermos este conceito.

Referindo-se à autoformação, Galvani (1992) evidencia três correntes de pensamento e denomina-as de:

- a) corrente **bio-cognitiva** – Nesta corrente assiste-se à tomada de consciência pela pessoa do seu próprio processo de formação. Pineau afirma que é “bio” porque é como um processo vital que define a forma de todo o ser vivo, e “cognitiva” porque a acção do si própria é sempre reflexiva; visa a compreensão e a emancipação da pessoa na sua globalidade em relação com o meio. Esta corrente encara a autoformação como a formação de si para si, aplicando, a pessoa, a si mesma o processo de formação;

⁵ A acção dos outros sobre a pessoa tem sido a lógica imprimida à formação institucionalizada, não sendo aqui entendidas as experiências das pessoas como potenciais momentos de formação.

- b) corrente **sócio-pedagógica** – Esta corrente preconiza a capacidade da pessoa se educar a si própria, isto é, desenvolver as suas capacidades de auto-educação, é o *aprender a aprender* (Meirieu, citado em Galvani, 1992). A autoformação é encarada como a gestão autónoma do processo educativo, gestão autónoma dos objectivos, dos métodos, e dos meios;
- c) corrente **técnico-pedagógica** – Esta corrente preconiza colocar-se à disposição da pessoa diversas informações inerentes à formação, permitindo-lhe a auto-aprendizagem dos saberes. Nesta corrente, a autoformação é vista como um tempo de trabalho solitário, é a autodidaxia assistida na qual há uma maior incidência nos conteúdos do que nos métodos.

Referindo-se, ainda, a estas três correntes de autoformação, o mesmo autor diz-nos que *“é evidentemente possível combinarem-se estas diferentes abordagens numa mesma acção de formação. É mesmo provável que as abordagens mais latas não possam economizar as outras perspectivas. Mas não basta para isso baptizar esta ou aquela acção com o termo autoformação, pois cada uma das três perspectivas supõe métodos e meios particulares que cada formador deverá dominar”* (Galvani, 1992, p. 12).

Por outro lado, Carré (1992), ao definir, de forma geral, a autoformação como um conjunto de práticas que permitem à pessoa a aprendizagem por si própria, em contraponto com a ideia da formação clássica, considerou, também, haver uma inflação terminológica para definir autoformação. Este autor sistematizou em sete correntes que podem ser reconhecidas como práticas de autoformação:

- a) autoformação como prática autodidáctica – sinónimo de autodidaxia e de ordem institucional. A autoformação centra-se exclusivamente sobre as práticas de aprendizagem realizadas pelo sistema educativo;

- b) autoformação como pedagogia individualizada – descreve as práticas de formação independentes do formador e do grupo. Pode utilizar sistemas informáticos;
- c) autoformação como formação metacognitiva – é o *aprender a aprender* que melhor define o objecto desta corrente;
- d) autoformação como formação pela experiência – é a natureza auto reflexiva da formação; é, por exemplo, a aprendizagem pela experiência existencial e profissional;
- e) autoformação como organização auto formadora do trabalho – recorre às práticas organizativas do trabalho tendo em vista a aprendizagem pelas e das actividades profissionais;
- f) autoformação como aprendizagem auto dirigida – de ordem da auto direcção das aprendizagens, e
- g) autoformação como auto educação permanente – é a permanência que define o critério da autoformação. É o auto desenvolvimento pela educação permanente que representa a finalidade da autoformação.

Conforme podemos constatar, estes autores colocam em evidência a complexidade subjacente às teorias e às práticas a propósito da autoformação.

Couceiro (1998) afirma que dada esta pluralidade de sentidos que hoje em dia são atribuídos à autoformação, torna-se difícil uma compreensão única e uniforme deste conceito. Em síntese, a mesma autora refere que o que podemos observar, apesar de tudo, *“é a afirmação e o reconhecimento da centralidade do sujeito no seu processo formativo. É o sujeito quem gere, decide, se apropria da sua própria formação e das múltiplas aprendizagens que realiza”* (Couceiro, 1998, p. 59).

Todavia, parece-nos que o processo de autoformação, em que a pessoa é ao mesmo tempo sujeito e objecto desse mesmo processo encontra-se, ainda, pouco valorizado, o que parece ficar a dever-se ao facto da formação ser encarada quase exclusivamente numa perspectiva de heteroformação.

Esta dominante centralização da formação na heteroformação deve-se ao facto de prevalecer a ideia de que as mudanças mais importantes na vida das pessoas têm lugar na infância e na adolescência, não acontecendo mais do que uma estabilização dessas mudanças na vida adulta. De algum modo ainda prevalece a ideia de que os novos são para aprender, os adultos para trabalhar e os velhos para descansar. Porém, é justamente nesta etapa da vida que a pessoa tem maiores possibilidades de realizar e de se realizar (Pineau, 1988)⁶, nomeadamente no quadro da sua vida profissional.

3.2. A autoformação e o decurso da vida no trabalho

Pineau, (1988, p. 69) considera que *“os desenvolvimentos são produtos das interações entre as pessoas, o meio ambiente e a relação entre os dois, e fazem-se por sequências, etapas ou ciclos”*. É tendo por base esses movimentos sequenciais que refere o modelo de desenvolvimento profissional de Riverin-Simard (1984).

Riverin-Simard (1984) desenvolveu um modelo de teorias evolutivas, a partir de um estudo de modelos já existentes através de um inquérito longitudinal e transversal por meio de entrevistas semi-estruturadas a 786 adultos empregados entre os 23 e os 60 anos.

No que diz respeito à formação, uma das principais conclusões desse estudo foi de que o adulto vive estados quase permanentes de interrogação, que estes momentos de interrogação têm uma preponderância marcada e que, sendo superiores em intensidade e em duração aos momentos de reorganização, fez crer à autora que o adulto vive sempre um pouco mais num estado de desequilíbrio do que de estabilidade.

⁶ Pineau, G. (1988) – Da formação do sujeito ... ao sujeito da formação. In Nóvoa, António e Finger, Matias (1988) – O Método (auto)biográfico e a formação.

Para alguns autores, como, por exemplo, Pineau (1988), a constatação quase permanente de uma interrogação sobre a vida pessoal e profissional, e de encontrar respostas para essas questões, tem feito vacilar os modelos clássicos da vida profissional que são muito estáticos, devido à adopção de modelos lineares da carreira profissional (escolha → formação → realização → reforma) ou muito ligados à curva biológica do ciclo de vida das pessoas.

Assim, se a mudança é uma constante e não uma perturbação, Riverin-Simard (1984) no seu modelo de desenvolvimento profissional propõe uma estrutura multi-sequencial, em que articula três grandes períodos na vida profissional e nove etapas dominadas por interrogações sobre as finalidades e as modalidades profissionais. Dos três grandes períodos da vida profissional, destaca: a) um período de aterragem e de exploração, que vai dos 20 aos 35 anos e durante o qual a pessoa procura um caminho prometedora; b) um segundo período, que vai dos 35 aos 50 anos, em que predominam os processos reflexivos e se assiste à procura de um fio condutor para a história da pessoa; c) um terceiro período, a partir dos 50 anos, em que se assiste a manobras de transferência para uma saída prometedora.

Em cada um destes períodos, Riverin-Simard (1984) distingue etapas de cerca de cinco anos, caracterizadas por uma interrogação específica, onde pode notar-se uma alternância entre etapas mais centradas em problemas de objectivos e de finalidade profissional e outras que se debruçam sobre o modo de os realizar. Assim, os 30 anos são marcados pela procura de um caminho profissional promissor; os 45, pela busca de um fio condutor da história de vida da pessoa; os 50 anos, pela interrogação quanto a uma saída válida, e os 65 anos dão lugar a uma série de interrogações sobre o sentido da vida profissional e o sentido a dar aos anos que lhe resta viver. Contudo, as respostas a estas interrogações variam de pessoa para pessoa e de grupo para grupo (Pineau, 1988).

Assim, numa dinâmica de autoformação, e em ligação com as práticas profissionais dos sujeitos, somos remetidos para a formação experiencial

(Josso, 1993), enquanto processo formativo que atribui à experiência do sujeito, nomeadamente a que advém da sua actividade profissional, um lugar primordial e central, reconhecendo-lhe estatuto e lugar de produção de saberes.

4. Formação e experiência

Conforme já o dissemos, a formação, como conceito polissémico que é, pode ser encarado sob múltiplos olhares. No entanto, a especificidade das formação dos adultos tem justificado a importância da experiência no seu processo de formação.

Costa (1998, p. 23) citando Jarvis, (1992) refere-nos que a experiência *“se localiza e ocorre no interface da autobiografia e do meio sociocultural em que as pessoas vivem”*. Contudo, apesar da experiência profissional ter sido sempre valorizada, em virtude dos conhecimentos que algumas pessoas tiravam dessa experiência, a expressão formação experiencial é relativamente recente. Porém, uma questão se nos coloca quando falamos de formação experiencial, é sobre o que entendemos por experiência.

4.1 O conceito de experiência

Em sentido amplo, experiência é tudo o que se constitui na vida na confrontação com o real; constrói-se na intimidade individual e/ou colectiva, e pode englobar aspectos emocionais, intelectuais, entre outros. Para Guy Jobert, *“a experiência é tudo o que se constitui ao longo do tempo, individual e colectivamente, na intimidade das pessoas, no seu corpo, inteligência, imaginário, sensibilidade, na confrontação quotidiana com o real e a necessidade de resolver problemas de toda a espécie”* (Courtois e Pineau, 1991, p. 75).

Couceiro (2000) refere que no âmbito das Ciências da Educação e da Formação, vários autores definem a experiência como um contacto directo com uma dada realidade, um contacto directo consigo mesmo, com o mundo subjectivo, com os outros, ou com múltiplos acontecimentos que intervêm na vida das pessoas.

Contudo, Josso, (1991) considera que em face de uma experiência, se quisermos tirar partido dessa experiência, isto é, se quisermos que ela seja formadora, é preciso que essa experiência seja vista sob o ângulo da aprendizagem, que não seja espontânea nem transitória, mas referida em relação ao sentido que tomou. Para Dominice (1991), em Courtois e Pineau, (1991, p. 55), a dimensão formadora da experiência depende, em parte, dos recursos culturais que permitem a atribuição de sentido; *“a experiência não é uma arte bruta para ser formadora, ela necessita de ser construída e reflectida”*.

Podemos afirmar que estamos perante a utilização da experiência como produtora de conhecimento, e, conforme nos refere Costa (1998), a admitir a experiência como conhecimento experimentado por quem o constitui, por quem o possui, por quem o utiliza, e também, pelo sentido que lhe dá, então, a formação de adultos justifica a importância da experiência no processo de formação.

Estamos em crer que foi pela incapacidade da maioria dos saberes constituídos não poderem resolver a maioria dos problemas que se nos colocavam, que o conhecimento produzido na e pela experiência emerge. Todavia, produzir conhecimento pela experiência, constitui uma necessidade de explicitar o que constitui essa experiência, de modo a tomarmos consciência dessa experiência e fazê-la objecto de reflexão, tendo por objectivo modificar acções futuras (Vermesh, 1989). Assim, outra questão se nos coloca: que papel atribuir à experiência no processo formativo?

4.2 O papel da experiência

Conforme sabemos, na tradição didáctica mais clássica, a experiência não tinha qualquer papel de relevo, já que ela se encontrava ausente dos processos de construção do conhecimento. Havia como que um corte entre a experiência e a aprendizagem (Couceiro, 2000). Em muitos casos ela era encarada como suporte da aprendizagem, facilitando a aplicação de um saber teoricamente adquirido, mas muito raramente era reconhecida como fonte produtora de conhecimento.

Actualmente a experiência é, para além do que nos advém da interpretação dessa mesma experiência, resultado de um conhecimento pessoal directo, ganho através dos sentidos e da «marca» desse contacto directo (Nadeau 1989).

Ao reconhecermos a importância da experiência no processo de formação das pessoas, podemos afirmar que é um processo que se prolonga ao longo do seu percurso de vida (Josso, 1991). A mesma autora sublinha que a experiência é formadora quando o sujeito a perspectiva como uma aprendizagem, sendo, para tal, fundamental que simbolize as atitudes, os comportamentos, os pensamentos e os sentimentos que caracterizam uma certa subjectividade e identidade.

Assim, as experiências do sujeito entendidas como promotoras de conhecimento e formação, leva-nos a recorrer à teoria de aprendizagem de Kolb (1984) que nos vem ajudar a compreender as dinâmicas da aprendizagem experiencial e a definir os diferentes estilos dessa aprendizagem. Para este autor, a aprendizagem experiencial compreende a experiência concreta, a observação reflectida, a conceptualização abstracta e a experimentação activa. É uma teoria enraizada na experiência da aprendizagem e na sua observação reflectida; é a compreensão da experiência e a sua transformação. Para o

mesmo autor, a aprendizagem experiencial é um processo pelo qual os conhecimentos se criam a partir da experiência.

Neste contexto, para que ocorra aprendizagem a partir da experiência, é necessário que seja reconstruída, modificada e reorganizada, isto é, ser novamente reconstruída. Esta reconstrução, segundo o modelo de Kolb (1984), referida por Pineau (1991), passa pela apreensão da experiência e pela sua transformação; duas operações mentais diferentes mas ligadas. Cada uma destas operações articula duas acções, também elas, diferentes: a apreensão e compreensão pelo acumular da experiência, e a interiorização psíquica e a exteriorização social, para a sua transformação. Para isso é necessário a existência de um processo cognitivo que percepcione e transforme a experiência. São estes *“jogos hiper complexos de reflexão que transformam o contacto directo, bruto, compacto em conhecimento”* (Pineau, 1991, p. 30).

A experiência, vista como dinâmica pessoal, social, cultural, e contextual, está, portanto, interligada com a vida da pessoa da pessoa nos seus diferentes contextos, e a aprendizagem dá-se pela transformação da experiência. É a partir do processo de confrontação consigo própria, com os outros e com o mundo, e também, pela transformação das suas perspectivas⁷, num processo permanente e vital, que a pessoa se vai formando ao longo da vida.

4.3 A Formação experiencial

A experiência é formadora quando é submetida a um processo de reorganização, de reconstrução, e de modificação. Essa experiência necessita,

⁷ Mezirow (1996) tem desenvolvido uma teoria na qual faz incidir a sua reflexão sobre a formação de adultos concebida como um processo de transformação de perspectivas. Considera que a socialização das crianças é feita pela apropriação de esquemas e perspectivas provenientes do meio onde estão inseridas e de modelos exteriores, como de familiares, professores, ou outros. Couceiro (2000) considera que é fundamental a formação de adultos permitir uma lucidez sobre essa situação, de modo a que, e citando Merizow, o que foi assimilado na infância aceda à consciência e seja analisado de forma crítica a respeito da sua validade na vida adulta. Esta situação pode levar a uma mudança de perspectivas sobre as

também, de ser reflectida, através de um processo cognitivo que a percepcione e que a transforme. A existência de um trabalho reflexivo que aprende com a experiência – aprendizagem experiencial – *“coloca em jogo duas operações mentais diferentes mas interligadas: a apreensão da experiência e a sua transformação”* (Pineau, 1991, p. 30). A apreensão da experiência implica as acções de apreensão e compreensão enquanto a sua transformação implica as acções de interiorização mental e consequente exteriorização, permitindo a sua transformação (Landry, 1991, citando Kolb, 1984)⁸.

Neste contexto, a pessoa desenvolve um trabalho livremente imaginado, assumido e realizado graças à mobilização dos diferentes meios e recursos, permitindo-se a si própria um processo formativo. Nesta perspectiva, Nóvoa, (1998) preconiza, para além da criação de espaços de interacção entre as dimensões pessoal e profissional, uma troca de experiências e partilha de saberes, num processo verdadeiramente interactivo.

Assim, as estruturas tradicionais de formação, em que o formando é conduzido a uma atitude passiva e pouco participativa, deverão ir dando lugar a estruturas elaboradas com a própria pessoa, de modo a que seja ela mesma a fazer o diagnóstico das suas capacidades e limitações e a aperceber-se dessas mesmas limitações. Daí que se admita que a experiência profissional designa conhecimento experimentado por quem o constitui e pela utilidade e sentido que lhe dá.

Para Pineau (1991) na formação experiencial não existe a mediação de programas, de conteúdos e de formadores. De um momento para o outro surge uma situação que pode importunar e, o formando está em contacto directo com ela e reflecte sobre ela, reorganiza, reconstrói e modifica essa experiência.

interpretações das nossas experiências e à realidade com que interagimos. Para a mesma autora, procedendo desse modo, estamos a contribuir para um processo de formação.

⁸ In Courtois e Pineau (1991) – La Formation Expérientielle des Adultes.

A formação experiencial não pode ser dissociada das relações nos contextos sociais, pois as pessoas também se formam nesses contextos (Pineau, 1991). Josso (1991, p. 198) designa como formação experiencial *“a actividade do sujeito ao realizar uma aprendizagem imprevista ou voluntária, em termos de competências existenciais (somáticas, afectivas, conscientes), instrumentais ou pragmáticas, explicativas ou compreensivas, por ocasião de um acontecimento, duma situação, duma actividade, que coloca o formando em interacção consigo mesmo, com os outros, com o ambiente natural ou com as coisas, num ou em vários registos”*.

Ao longo da vida recorreremos, por diversas vezes, a diferentes esquemas mentais com o objectivo de resolvermos problemas com os quais nos confrontamos no nosso quotidiano. Neste contexto, é comum afirmarmos que a experiência é um espaço de aprendizagem, mas, e tal como nos afirma Dominicê (1991), ela tanto pode ser um fermento como um obstáculo à formação, na medida em que ela pode legitimar posturas e práticas que não são senão repetição de hábitos adquiridos acriticamente.

No entanto, é cada vez mais reconhecida a importância dos locais de trabalho para o processo formativo dos sujeitos, resultado de uma articulação entre as práticas formativas e os contexto de trabalho, levando a uma importância crescente da formação experiencial (Canário, 1999). Em face do referido, o mesmo autor acrescenta que o potencial formativo das situações de trabalho, passa pela criação de dinâmicas formativas que proporcionem, no próprio local de trabalho, condições para que os trabalhadores transformem as experiências em aprendizagens.

A prática profissional representa uma mais valia que não podemos desprezar; é o *“primeiro lugar da compreensão, elaboração e transformação de si mesmo e do mundo”* (Nadeau, 1989, p. 99), e os adultos também se formam por acção da sua experiência profissional, se esta for entendida sob o ângulo da aprendizagem (Josso, 1991) e se for construída e reflectida (Dominicê, 1991).

Globalmente podemos afirmar que a formação experiencial é um processo permanente e vital, *“uma formação por contacto directo, mas reflectido”*; é um contacto directo feito sem mediação; *“de repente, o objecto, o sujeito, ou a situação está lá, impõe-se, surge como acontecimento. Acontecimento que pode durar, usar-se, importunar, justamente pela sua proximidade, aplainando-o sem intermediário e, por vezes, sem interrupção”* (Pineau, 1991, p. 29), e o conhecimento vai-se elaborando a partir dessa situação concreta até ao seu re-investimento na acção e na vida da pessoa, o que implica um processo de transformação e uma construção de sentido (Couceiro, 2000).

Nesse sentido, os saberes que constituem os meios de aprendizagem, vão-se construindo a partir das experiências de vida. Percebe-se, portanto, que a formação implica uma articulação consciente entre o que fazemos e o que gostaríamos de fazer, objectivada numa competência transformada e transformadora.

4.4 Reflexão e transformação das experiências dos enfermeiros

A prática profissional de enfermagem engloba aspectos que lhe são essenciais, tanto do enfermeiro como da pessoa, para além dos conteúdos e das interacções que ocorrem nos locais de trabalho (Costa, 1998). A mesma autora, citando (Wenner, (1998) refere-nos que *“a prática profissional de Enfermagem integra, simultaneamente, os dados da organização, a especificidade dos actores agindo no campo organizacional e as características que tornam o utente (doente, criança, idoso...) objecto de trabalho do enfermeiro”*.

Neste contexto, os enfermeiros através da sua formação e experiência profissional, desenvolvem e observam muitas maneiras de entender e de lidar com as pessoas, particularmente as pessoas idosas, assim como muitas maneiras de viver a doença, o sofrimento, a dor, entre outros, e podem

oferecer vias de entendimento, de controlo, de aceitação e até mesmo triunfo no meio do que, para a pessoa, pode ser uma experiência desconhecida e única.

A transformação dessas experiências efectua-se na construção e na confrontação do sentido, na formulação de um saber de uso e na sua transformação num saber transferível e transmissível, e na dinâmica da transformação da identidade num plano individual e colectivo (Courtois, 1995).

A prática de enfermagem não é uma acção repetida, mas sim uma acção regulada e reflectida. Para Ricoeur, citado em Nadeau (1989), a prática é um sistema complexo de interacções de agentes situados num ambiente que influencia a acção, que lhe dá significado e que, por ele, é afectado. Importa aqui referir que é através da experiência que a pessoa se envolve na acção, e ao envolver-se globalmente nessa realidade, confronta os seus conceitos e reajusta-os. Ao analisar a prática de forma reflexiva, processo que leva à descoberta de novos significados a partir de novas aquisições, torna-a formativa.

Por conseguinte, a reflexão sobre a prática debruça-se sobre os componentes de uma experiência e toma-a como objecto de observação e de investigação. Pois, ao exercer-se sobre as suas percepções, representações, conhecimentos, modelos de acção e julgamentos, pode levar a que os novos significados encontrados, obtidos pela diferenciação e pela activação, façam ocorrer mudanças na prática; a reflexão sobre a prática transforma-a e torna-a transformadora (Honoré, 1992).

Assim, ao reconhecermos a importância de reflectir sobre a prática profissional dos enfermeiros, significa admitirmos que o processo de compreensão e melhoria da actividade profissional deve começar pela reflexão sobre a própria experiência profissional. É pelo reconhecimento na reflexão e pela reflexão que vai possibilitar à pessoa, a interiorização e a responsabilização pelo próprio processo de desenvolvimento pessoal e

profissional, pois ao confrontar-se com o que faz, porque o faz, e porque faz o que está a fazer, a pessoa está a confrontar-se com a sua própria experiência (Costa, 1998). E, o próprio terreno da formação é o próprio terreno da construção da formação na mudança.

Contudo, e conforme nos refere Costa (1998, p. 44) *“não se trata de uma formação para a mudança, para a organização, mas de uma formação da e na organização em mudança”*. A mesma autora referindo-se à enfermagem, considera serem necessárias estruturas, formadores, colegas que os ajudem a aprender com a prática, e tempo e oportunidade para os enfermeiros pensarem a prática.

Contudo, e tendo presente que os enfermeiros também se formam na e pela experiência profissional, julgamos pertinente reflectir sobre as práticas dos enfermeiros e sobre as condições em que as mesmas se exercem. Importa, como nos refere Couceiro (1998, p. 55), *“partir da prática profissional e interrogá-la, aprofundá-la, enriquecê-la e/ou transformá-la, tendo em conta o que nela reconhecemos”*.

Situemo-nos, pois, no processo de formação dos enfermeiros, como adultos que se formam na experiência e pela experiência profissional, cujo processo resulta de uma apropriação pessoal e reflexiva de saberes e da integração da experiência profissional, gerindo, eles próprios, os apoios e as influências ao longo desse percurso. Assim, a reflexão sobre as experiências profissionais dos enfermeiros, tem de nos levar, necessariamente, a percorrer a prática de cuidados de enfermagem, que será abordada no capítulo seguinte.

Conclusão do Capítulo I

Neste capítulo, com o contributo de diferentes autores, abordámos os conceitos de educação e de formação, com o primeiro a ceder o lugar ao conceito de formação. Neste contexto, a pessoa assume-se como sujeito e

agente do seu próprio processo de formação, que numa perspectiva global de vida é encarado como um processo complexo formado por três pólos (o próprio, os outros e as coisas).

Abordámos diferentes correntes que apelam à autoformação. Todas estas correntes têm em comum reconhecerem a centralidade do sujeito no seu próprio processo de formação. É o sujeito que gere, decide e se apropria da sua própria formação, assim como das múltiplas aprendizagens que realiza ao longo da vida (Couceiro, 1998). A autoformação é encarada como uma tomada de consciência de que a pessoa se forma a si própria, através da confrontação consigo própria, com os outros e com o mundo e através da transformação de perspectivas.

Afirmámos que a autoformação rompe com uma concepção limitada e tradicional da formação, em que o saber era considerado como uma acumulação de informações fornecidas, um saber fragmentado, um somatório de diferentes disciplinas. A autoformação é, como referimos, a apropriação do poder da pessoa se formar por si própria, a pessoa é sujeito e objecto do seu próprio processo de formação. É reconhecendo a vida e a experiência da pessoa como um lugar de produção do saber, que ela se consciencializa do poder que tem para gerir a sua própria formação.

Abordámos, também, a formação experiencial, a qual surge como possibilidade de construção de saberes numa dinâmica de autoformação. A formação experiencial permite a construção de saberes utilizando as experiências de vida do sujeito; pressupõe a capacidade do sujeito confrontar a experiência, dando-lhe sentido, e de a aproveitar sobre o prisma da formação.

CAPÍTULO II

A PRÁTICA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Introdução ao Capítulo II

A prática de cuidados de enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro com uma pessoa ou de um enfermeiro com um grupo de pessoas – família ou comunidade. Neste contexto, quer a pessoa do enfermeiro, quer a(s) pessoa(s)/comunidade a quem os enfermeiros prestam cuidados, possuem um quadro de crenças e valores que emergem da cultura onde estão inseridas.

A enfermagem intervém sobre a totalidade da pessoa, isto é, preocupa-se em atendê-la nas suas diferentes dimensões interligadas (biológica, psicológica, cultural, social, ambiental e espiritual), e cuida da pessoa na sua globalidade. Reconhece à pessoa, a sua forma particular de interagir com o seu meio ambiente e, de acordo com as suas necessidades, ajuda-a a manter ou a adquirir um equilíbrio nas suas diferentes dimensões.

Durante muito tempo a enfermagem tem baseado a sua prática de cuidados no modelo biomédico⁹, considerado dualista, reducionista, objectivo, lógico dedutivo, centrado na doença e orientado para o diagnóstico e para a cura. Por conseguinte, não discutindo esta questão demasiado complexa, e considerando que no modelo biomédico a cura é a meta privilegiada, é evidente que os enfermeiros nele «inseridos» procurem, também, alcançar esse objectivo, mesmo quando a cura não é possível, e até mesmo na prestação de cuidados às pessoas idosas, em que a velhice ainda é, por vezes, considerada uma doença.

⁹ O modelo biomédico é um modelo de cuidados de saúde em que a pessoa é vista como um ser biológico, formado por células que originam tecidos que formam órgãos e estes os sistemas. A pessoa é, em parte considerada uma máquina, na qual qualquer um dos seus componentes pode avariar e ser tratado de forma independente do todo que o constitui (Pearson e Vaughan, 1986).

Contudo, só muito recentemente e com alguma lentidão, a enfermagem tem vindo a (re)orientar a sua prática para um modelo mais consentâneo com a sua prática de cuidados, ou seja, um modelo holístico¹⁰, subjectivo, interactivo, humanista; orientado para a experiência única de cada pessoa.

Estamos, portanto, perante o emergir da concepção holística de pessoa, onde é desejado que o enfermeiro reconheça cada vez mais a pessoa, como pessoa no seu todo em interacção com o meio ambiente, numa perspectiva de crescimento e desenvolvimento.

Nesse sentido, a prestação de cuidados de enfermagem centrada na pessoa e na promoção da sua saúde, vai exigir uma alteração ao nível da organização e também da própria prestação de cuidados, em que se perspectiva uma orientação para o **cuidar**, pois *“tratar a doença nunca pode substituir toda esta mobilização das capacidades de vida, que representa o cuidar”* (Collière, 1989, p. 286). O cuidar é considerado a essência da própria enfermagem.

Face ao que acabámos de referir tem todo o sentido fazermos uma incursão pelo cuidar, de forma particular pelo cuidar em enfermagem na perspectiva de diferentes autores, pelos cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde, bem como uma abordagem à perícia no desempenho profissional do enfermeiro, de modo a explicitarmos a prática dos cuidados de enfermagem.

¹⁰ O modelo de cuidados de saúde holístico tem por base a doutrina que defende que o todo não é a mera soma das partes e que tem propriedades que faltam aos elementos individuais que o constituem, particularmente no que diz respeito à pessoa.

1. O cuidar em enfermagem

O cuidar em enfermagem tem sido tema central da maior parte da literatura recente de enfermagem, e muitos autores consideram-no a essência da própria enfermagem. No entanto, para Hesbeen (2000, p. 40), *“o conceito de “cuidar” é aberto a conhecimento, a todos os conhecimentos que permitam melhorar, enriquecer, tornar mais pertinente a ajuda prestada a uma pessoa”*. Considera, também, que se os cuidados de enfermagem se enquadram no *“cuidar”*, não devem confundir-se com ele, mas são os enfermeiros os actores privilegiados para desenvolver, concretizar e dar força ao *“cuidar”* numa estrutura de cuidados de saúde.

O cuidar deve representar o objectivo principal de qualquer organização de cuidados. Para Hesbeen (2000) o cuidar tem a ver com a atenção, com o estar atento a alguém ou a alguma coisa. Por conseguinte, o conceito de *“cuidar”* ou fazer *“com cuidado”* realça essa atenção particular. Para este mesmo autor a expressão *“prestador de cuidados”* não deverá ser apanágio somente dos enfermeiros, pois, considera que a acção de prestar cuidados deverá dizer respeito a todos os profissionais que exercem a sua actividade com as pessoas que necessitam de cuidados, sejam eles cuidados médicos ou cuidados de enfermagem.

1.1 O conceito de cuidar

O conceito de cuidar designa, no campo da saúde, uma *“atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem estar, a promover a sua saúde”* (Hesbeen; 2000, p. 10). Neste contexto, devemos ter sempre presente que cada pessoa é um ser no mundo único e irrepetível, com a sua história de vida, com as suas experiências únicas, subjectivas e objectivas. Assim, cuidar poderá ser caracterizado como um verdadeiro encontro com o outro, é estar disponível

para o outro numa relação de proximidade e de ajuda, caracterizada por abertura, compreensão e confiança.

Leonardo Boof (1999) considera que o cuidado surge quando a existência de uma pessoa tem importância para outra. Acrescenta o mesmo autor que quando nos dedicamos a uma pessoa, dispomo-nos a participar no seu destino, nas suas buscas e no seu sofrimento, dos seus sucessos e fracassos, e na sua vida. O cuidado inclui, portanto, duas significações intimamente ligadas entre si: a atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com essa pessoa e a de preocupação e de inquietação, pelo envolvimento entretanto estabelecido.

É comumente aceite que o actual sistema de cuidados de saúde se desenvolveu a partir do conhecimento das ciências biomédicas, influenciado predominantemente pela abordagem cartesiana da ciência. No entanto, este modelo parece já não dar resposta aos problemas de saúde actuais (aumento da esperança de vida, maior número de pessoas idosas, aumento de situações de doença crónica). Pois, se no modelo biomédico a cura é a meta privilegiada, de fora ficariam, por exemplo, as pessoas em situação de doença crónica.

Nos últimos tempos temos vindo a assistir ao (re)nascer do “cuidar”, cujo conceito é relativamente recente na história da enfermagem. O “cuidar”, em sentido genérico *“refere-se aos actos de assistência, suporte ou de facilitação dirigidos a outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas de melhoria ou aperfeiçoamento de uma condição humana ou forma de vida”* (Leininger; 1988, p. 7).

Reportando-se ao “cuidar” em enfermagem, Leininger (1988, p. 9) define-o como *“os modos cognitivamente aprendidos, humanísticos e científicos, de ajudar e capacitar um indivíduo, família ou comunidade a receber serviços personalizados, através de processos, técnicas e padrões de cuidados específicos e culturalmente definidos, para melhorar ou manter uma condição favoravelmente saudável para a vida ou morte”*, refere, ainda, que o “cuidar” é

um fenómeno universal, cujas expressões, processos e padrões variam entre as diferentes culturas.

Mais tarde Benner e Wrubel (1989), na sua obra *The Primacy of Caring*, referem que a primazia do cuidar deverá substituir aquela que tem por base a promoção, a prevenção e a restauração da saúde. Watson (1985, 1988) vem afirmando que os enfermeiros criaram um ideal de cuidar que é simultaneamente humanista e científico.

Para Watson, (1988, p. 27) *“cuidar é um fim em si mesmo e não um meio para atingir um fim; é uma abordagem individual dirigida à totalidade da pessoa e que integra todas as partes num todo significativo”*. Cuidar é um ponto de partida, é uma atitude de empenhamento manifestada nos actos mas que os transcende; ultrapassa o momento da transação humano enfermeiro e pessoa, e ao decorrer das experiências de ambos vai passar a integrar essa experiências de tal modo que vai ter repercussões em ambos os intervenientes.

Para Collière (1989, p. 235), cuidar *“é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”*.

Cuidar pode ser definido como tudo o que se organiza para que a vida continue, tendo em vista a qualidade dessa existência (Moraga, 1992), englobando, este conceito, os *“cuidados de manutenção”* da vida, ligados à continuidade da vida, que representam todo um conjunto de actividades que asseguram a continuidade da vida, e os *“cuidados de reparação”*, ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida, e que têm como finalidade limitar a doença, lutar contra ela e atacar as suas causas (Collière,

1989, pp. 237-238)¹¹. Podemos, assim, dizer que os cuidados de enfermagem englobam “*cuidados de manutenção*” e “*cuidados de reparação*”.

1.2 Os cuidados de enfermagem

Os cuidados de enfermagem são a expressão e o cumprimento de um serviço indispensável às pessoas em determinadas circunstâncias da vida. Esta acção situa-se tanto no domicílio das pessoas como nos serviços de saúde (centros de saúde, hospitais, entre outros). “*A acção de enfermagem situa-se, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença e, por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente*” (Collière, 1989, p. 285).

Hesbeen (2000) considera que os cuidados de enfermagem ao enquadrem-se no *cuidar*, não devem confundir-se com ele, pois esta atenção prestada ao outro deve dizer respeito a todos os profissionais de saúde. No entanto, os enfermeiros “*são os actores privilegiados para desenvolver, concretizar e dar força à lógica do cuidar numa estrutura de cuidados*” (ib., 2000, p. 45).

Contudo, o mesmo autor considera que os enfermeiros, por estarem mais tempo com as pessoas (por exemplo em situação de internamento), e pelo facto de os cuidados de enfermagem serem pouco pontuados por acções científicas quantitativas, confere-lhes um espaço de manobra para actuarem como verdadeiros prestadores de cuidados, “*cuja finalidade é exercerem uma arte de enfermagem que à partida não seja limitada e esvaziada da sua essência pelas regras redutoras de uma certa forma de cientificidade*” (Hesbeen, 2000, p. 46).

¹¹ Os cuidados de reparação (to cure: curar, tratar) têm como finalidade limitar a doença, lutar contra ela, atacar as suas causas e têm prevalecido sobre os cuidados quotidianos e habituais de manutenção e de continuidade de vida (to care: tomar conta, cuidar), que têm em vista todos os cuidados de manutenção de vida (Collière, 1989, p. 237).

Assim, em qualquer situação de cuidados de enfermagem, é fundamental que o seu planeamento seja centrado na pessoa que está a viver um problema de saúde. Pois, é a vivência/experiência única de cada pessoa que dá sentido orientador à intervenção de enfermagem. Neste contexto, para ajustar a cada pessoa o processo de cuidados de enfermagem (Collière: 1989), seja na situação de doença ou não, os enfermeiros precisam de saber:

- Quem é a pessoa?
- O que pode ou não pode fazer por si?
- O que sabe acerca do problema que está a viver?
- Qual é o percurso usual do acontecimento que a vitima?
- Qual é o impacto que esta experiência pode ter na sua vida?
- Que sentimentos vive? Vergonha ou culpabilidade?
- Que problemas está a viver? (Desespero? Dor? Fadiga? Solidão? Medo? Abandono? Ansiedade?)
- Que capacidades são passíveis de serem mobilizadas?
- Quais são e como se estimulam as forças vivas da pessoa?
- O que necessita aqui e agora?

Muitas das respostas obtidas através destas questões, conduzir-nos-ão a uma acção direccionada à especificidade da pessoa e à sua fonte de preocupação, enraizada no seu projecto de vida. Assim, os cuidados de enfermagem baseiam-se fundamentalmente em todos os cuidados de manutenção de vida, os quais têm por base tudo o que permite a pessoa continuar a viver. Neste contexto, *“o campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que o cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las, se essas capacidades forem insuficientes”* (Collière, 1989, p. 290).

Conforme já o referimos, a abordagem cartesiana da ciência teve influencia no actual sistema de cuidados de saúde. Collière (1989) fala-nos da ruptura entre o corpo e o espírito, entre a pessoa e o meio, da multiplicação de técnicas de investigação e de reparação centradas na doença, e do isolamento

da pessoa do seu ambiente, do seu meio, do seu grupo e de si próprio, vão fazer com que haja uma predominância *dos cuidados de reparação* sobre os *cuidados de manutenção* de vida. Assim emerge um cuidado transformado em tratamento, *“mantendo apenas a sua denominação mas perdendo o essencial da sua razão de ser”* (Collière, 1989, p. 349).

A predominância dos cuidados de reparação sobre o cuidados de manutenção de vida, pode ir até a exclusão dos cuidados de manutenção de vida *“apesar de continuarem a ser fundamentais, pois sem eles nenhuma vida pode continuar”* pois, *“há aniquilação progressiva de todas as forças vivas das pessoas, de tudo o que a faz ser e desejar reagir, porque há esgotamento das fontes de energia vital, seja de que natureza forem (física, afectiva, social, etc.)”* (Collière, 1989, p. 239).

1.3 Os cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde

Na profissão de enfermagem prestamos cuidados globais à pessoa, entendendo-a como um sistema aberto ao ambiente e sujeito a tensões e, ao fazê-lo, confrontamo-nos com diferentes situações, principalmente quando se referem aos sentimentos, resultantes da nossa relação com o outro e para os quais temos de desenvolver os nossos saberes¹².

¹²Para Walter (1988), os saberes mobilizados no contexto da profissão de enfermagem, são fruto de uma mobilização teórica e prática de uma multiplicidade de conhecimentos especializados, adquiridos ao longo de toda a formação inicial e, posteriormente com a experiência profissional. Vejamos, pois, os tipos e os conteúdos de cada saber útil aos cuidados de enfermagem, na perspectiva da autora:

- **saber científico** – saber sistematizado numa teoria, feito de conceitos interligados em função de certas regras ;
- **saber-informação** – saber adquirido através da observação objectiva à pessoa, do diálogo com ela/família, na relação com colegas, na relação com outros profissionais de saúde. saber onde interrogar, observar, analisar e confrontar são palavras-chave;
- **saber ser** – saber que nasce da natureza e autenticidade da pessoa do enfermeiro. Aprende-se com a prática e está estritamente dependente dos valores do enfermeiro. É dos que mais contribui para *relação de ajuda*, e o
- **saber prático** – saber que suporta a realização dos actos de enfermagem. Nele enquadra-se a destreza, a eficácia, a segurança e a capacidade de realizar acções. Este saber é aplicado quando se prestam técnicas de cuidado e tratamento.

Podemos afirmar que apesar dos saberes aqui apresentados parecerem estar despojados de relação entre si, na prática isso não acontece, pois coexistem e operacionalizam-se

O saber de enfermagem apresenta-se como uma estrutura móvel e de grande complexidade que se ajusta a cada acção e às mais variadas ocorrências do real. Contudo, convém salientar que o saber de enfermagem, à semelhança de outros, nasce a partir de conhecimentos teóricos e práticos, mas distingue-se de muitos outros, pois destina-se a uma profissão de pessoas que cuidam de pessoas.

O saber intuitivo é talvez, para muitos, aquele que suscita menos credibilidade dentro de um contexto profissional de uma disciplina. Porém, Watson (1985) refere a necessidade de o enfermeiro ter sensibilidade para consigo e para com o outro como um dos factores de cuidado¹³. Daí podermos afirmar que é preciso ter um alto nível de percepção e intuição para “sentirmos” o modo como o outro pode deixar ou não transparecer os seus sentimentos, e as suas preocupações.

Watson (1988) alerta para a necessidade de os enfermeiros desenvolverem valores humanistas como a amabilidade, o respeito, o afecto por si e pelos outros, a capacidade de gostar de pessoas e apreciar a diversidade e a individualidade. A mesma autora conduziu toda a sua investigação tendo em mente que a atitude humanista do cuidado estava ameaçada pelo tecnicismo dos actuais sistemas de cuidados de saúde, que estavam a conduzir para segundo plano, todo um conjunto de valores e factores humanos dos cuidados de enfermagem.

Contudo, e tendo em conta as evoluções conceptuais que têm vindo a acontecer na história recente da enfermagem, em que se tem procurado

mutuamente nas diferentes ocasiões resultando num saber único a que Malglaive (1995, p. 95) chama de “saber em uso”, apresentando-se como uma “constelação móvel e confusa, com as suas zonas de racionalidade e os seus recantos de pragmatismo, os fragmentos de ciência e os seus trechos de empirismo, e também as suas regiões de ignorância que a maquinaria do pensamento tenta preencher de um modo feliz ou infeliz”.

¹³ Watson (1985) identificou 10 factores de cuidado (*caractive factors*), os quais constituem, para o enfermeiro, um quadro de referência para a sua prática. Estes factores de cuidado servem de guia para compreendermos o Cuidar em Enfermagem.

aproximar as práticas reais das práticas idealizadas, a sua operacionalização não tem sido fácil, e só será possível se observarmos e ultrapassarmos os obstáculos que se nos colocam na prática, fortemente influenciados por modelos da racionalidade técnica que, ainda, orientam a prática dos cuidados de saúde. E não é possível o desenvolvimento de modelos organizacionais em que uns têm uma visão global da pessoa, e outros se interessem pela doença, ou por um órgão ou função; *“o interesse pela doença não pode suplantarmos o interesse pelo doente”* (Hesbeen, 2000, p. 46).

De facto, os hospitais são organizações que oferecem uma prática tecnológica avançada, vocacionada exclusivamente para a cura e, por vezes, desprovida de relacionamento humano. Mesmo em casos de pessoas com doença crónica, apenas parece contemplar gastos com o prolongamento sofisticado da doença. Esta realidade, que não passa apenas pela necessidade de condições físicas e orçamentais específicas, mas também, por toda uma mudança de discurso e filosofia dos Hospitais de forma a melhorarem a qualidade dos cuidados; passa por um olhar para as questões da humanização e das relações interpessoais, que orientem para uma abordagem holística da pessoa, ser único em interacção com o seu meio físico, social, mental, cultural e espiritual.

Watson (1988), na sua teoria ***Human Care***¹⁴ pretende elucidar todo o processo de cuidados humanos da profissão de enfermagem, assim como a preservação do conceito de pessoa¹⁵. É um processo inter-subjectivo e de conhecimento epistémico que inclui transacção de um ser humano com outro.

¹⁴ Teoria que enfatiza as dimensões morais e éticas do cuidar em enfermagem, que na perspectiva de Watson (1988, p. 29) «constitui o “ideal moral” da profissão, a essência da enfermagem, o seu foco e domínio central». O *Human Care* requer vontade e comprometimento pessoal, social, moral e espiritual da enfermeira.

¹⁵ Para Watson (1985) a pessoa é um ser no mundo, igual e diferente de todos os outros, com uma história de vida, com família, com amigos; é um ser no mundo, que se percebe, que vive experiências e que está em continuidade no tempo e no espaço.

Couceiro (1992) citando Lerbet (1981) refere-nos que a pessoa é história no seu tempo e no seu espaço. A pessoa é um «lugar de trocas» construindo-se a si mesma «através e na relação com o outro». À luz da teoria sistémica de Lerbet, a pessoa é compreendida como um sistema compreendendo um ego, e um mundo próprio que, do ponto de vista do autor, constituem a sua realidade.

O enfermeiro entra no campo fenomenológico¹⁶ da pessoa e está apto a detectar situações que a pessoa há muito tempo ansiava manifestar. Conduz a pessoa a compreender-se a si própria, o seu sofrimento ou a sua agitação, favorecendo-lhe a escolha, o controlo e a autodeterminação, preservando-lhe a dignidade humana. Este processo requer uma vontade e um comprometimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro.

Mas para que o enfermeiro possa estabelecer uma relação de ajuda e de confiança tem de ver a pessoa *“como um ser humano único, pensante e sensível e não como um objecto do seu cuidado, precisa de entender o outro como um ser humano para ser compreendido e não como um objecto para ser manipulado e tratado”* (Watson, 1985, p. 25). Para a mesma autora, isto implica que o enfermeiro tenha desenvolvido valores como a amabilidade, o respeito, o afecto por si e pelos outros, que tenha a capacidade de gostar de pessoas e de apreciar a diversidade e a individualidade, tolerar as diferenças e ver os outros, através dos seus sistemas perceptuais, e não exclusivamente através do seu próprio sistema.

Podemos, portanto, concluir que ao preocupar-se com as experiências únicas de cada pessoa, adoptando uma atitude de compreensão, de defesa da sua individualidade, como preocupação máxima, o enfermeiro está a assumir o *“cuidar”*.

Por conseguinte, proteger a dignidade da pessoa, preservar a sua humanidade, compreender e aceitar o seu modo de ser, é a única forma de estar no mundo; é a essência da teoria do **Human Care** (Watson; 1988), na qual o agente de mudança é a própria pessoa, que é responsável pela promoção, prevenção e reabilitação da saúde, sendo o enfermeiro um co-participante.

¹⁶ É o quadro de referência da pessoa que advém da totalidade das experiências vividas (o que a pessoa foi, como é, e como poderá vir a ser). «Engloba a percepção que tem de si próprio e dos outros, bem como os sentimentos, pensamentos, sensações físicas, crenças espirituais, desejos, objectivos e expectativas» (Watson, 1988, pp.56-56).

Para Watson (1988, p. 75), o **Human Care** requer do enfermeiro:

“– Conhecimentos do comportamento humano e das respostas humanas aos problemas de saúde actuais e potenciais;

– Conhecimento e compreensão das necessidades individuais;

– Conhecimento de como responder às necessidades do outro;

– Conhecimento das nossas forças e limitações;

– Conhecimento de quem é a outra pessoa, mas suas forças e limitações;

– O significado da situação para ele ou para ela;

– O saber como o confortar;

– Oferecer compaixão e empatia”:

A teoria do **Human Care** de Watson (1988) situa-se no paradigma da transformação¹⁷, em que os cuidados de enfermagem são personalizados, a pessoa considerada como um todo indissociável do meio que a rodeia, desenvolvendo a sua qualidade de vida, segundo as suas potencialidades e prioridades, e o enfermeiro e a pessoa são parceiros no processo de cuidar.

A partir de uma filosofia humanista, Watson (1988), que encara o cuidado como o contributo mais valioso que a enfermagem pode oferecer à humanidade, desenvolveu dez factores de cuidado (**caractive factors**), os quais formam a estrutura para a sua teoria, e podem fornecer ao enfermeiro um quadro de referência para a sua prática. Vejamos, pois, os dez factores de cuidado:

- 1) Formação de um sistema de valores humanista – altruísta;
- 2) Promoção de fé e esperança;
- 3) Desenvolvimento da sensibilidade para consigo próprio e para com os outros;

¹⁷ O paradigma da transformação, assim como os paradigmas da categorização e da integração são correntes de pensamento identificadas por Kéroutac, *et al*, (1994) na história da enfermagem. No paradigma da transformação a enfermagem considera a pessoa como um todo indissociável, maior e diferente do que a soma das partes, em relação mútua com o meio ambiente em contínua mudança. O enfermeiro está com a pessoa acompanhando-a ao longo das suas vivências e está pronto a ajudá-la a dar sentido às suas experiências.

- 4) Desenvolvimento de uma relação de ajuda e confiança;
- 5) Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos;
- 6) Pesquisa e solução sistemática do problema;
- 7) Promoção do ensino/aprendizagem interpessoal;
- 8) Criação de um ambiente de suporte protector e corrector mental, físico, social, cultural e espiritual;
- 9) Ajuda na satisfação das necessidades humanas, e
- 10) Promoção das forças existenciais fenomenológicas.

Estes dez factores de cuidado são desenvolvidos a partir de uma filosofia humanista, e podem ser considerados a pedra basilar no cuidar em enfermagem e que, naturalmente, assentam numa base científica, cada vez mais abrangente.

Neste contexto, podemos referir que o cuidar em enfermagem significa a promoção da qualidade de vida da pessoa só possível se as acções de enfermagem forem dirigidas à pessoa na sua globalidade. Assim, se o cuidar não se limita somente a tratar a doença, por mais grave que ela possa ser, importa perguntar às pessoas *“quais são os elementos, as referências, que podem contribuir para construir o processo de cuidados de enfermagem, a partir das situações vividas pelas pessoas que precisam dos cuidados, tendo em conta a natureza dos cuidados de manutenção de vida e dos cuidados de reparação”* (Collière, 1989, p. 242).

Assim, cuidar de pessoas idosas em situação de manutenção de saúde consistirá em descobrir com a pessoa o que para ela pode ter sentido, a partir das suas capacidades e recursos. Em situação de doença (crónica ou terminal), por exemplo, cuidar poderá consistir em determinar com a pessoa, se for possível, as condições e os critérios para que possa viver melhor até ao fim do seu ciclo de vida. Pois, conforme nos refere Collière (1989, p. 241), *“a amputação de tudo o que respeita à continuidade da vida oblitera os cuidados e, particularmente, os cuidados de enfermagem”*.

Nesta perspectiva, é fundamental estarmos conscientes de que determinados cuidados que uma pessoa presta a si própria, podem, de um momento para o outro, tornar-se, *“cuidados de enfermagem”*, se a pessoa deixar de os poder assegurar. *“Esta oscilação reveste um carácter de dificuldade, tanto para quem recebe os cuidados como para quem os presta (...) Assim, os limites dos cuidados de enfermagem manter-se-ão sempre difíceis de identificar porque não podem ser à priori fixados nem ser determinados arbitrariamente. Dependem de um conjunto de factores ligados às situações dos utilizadores de cuidados, bem como aos que os prestam”* (Collière, 1989, p. 318).

2. A perícia no desempenho profissional do enfermeiro

Para que o encontro entre o enfermeiro que cuida e a pessoa que é cuidada resulte na crença para esta pessoa, de que o enfermeiro a pode ajudar na sua situação particular, é necessário que estejam criados laços de confiança (Hesbeen, 2001). Para o mesmo autor, aqui intervém a perícia do enfermeiro que, enquanto acompanha a pessoa, sugere esta ou aquela orientação, ou procura com a pessoa, o caminho que faça sentido para ela de modo a que readquira autonomia. Aqui tem uma função primordial o prestador de cuidados¹⁸.

Todavia, Hesbeen (2001, p. 16) considera que *“aqueles que têm uma profissão na área da saúde não podem no imediato ser classificados como prestadores de cuidados. A própria natureza desta actividade, não permite que este estatuto seja adquirido através de uma qualificação ou de uma função, (...) exige, fundamentalmente, um espírito profunda e genuinamente humano, manifestado pela preocupação com o respeito pelo outro, e pelas acções pensadas e criadas por uma determinada pessoa ou grupo”*. Para o mesmo

autor, o prestador de cuidados é um perito porque com os saberes que mobiliza para ajudar a pessoa, complementa os que ela própria pode mobilizar.

Assim, a função de perito permite *“enquadrar o praticável”*, definindo a área em que actua, precisando o seu espaço de liberdade e limites da sua intervenção. Este quadro pode, também, ser enriquecido pelos contributos de familiares e amigos, cujas intervenções constituem complementos indispensáveis ao cuidar a pessoa. A função de perito permite também, *“aumentar o número de caminhos possíveis”*, isto é, vai permitir à pessoa e aos familiares, identificar as diferentes possibilidades e caminhos que se lhes oferecem (Hesbeen, 2001, pp. 28-29).

Para além de perito, o prestador de cuidados é também conselheiro, porque *“acompanha a pessoa esclarecendo-a sobre as oportunidades, os riscos e as dificuldades associadas a este ou aquele caminho e que a ajuda a escolher aquele que é melhor para ela”* (Hesbeen, 2001, p. 29). Considera, o mesmo autor, que esta dupla função de perito e de conselheiro, também é exercida junto dos familiares envolvidos.

A par do que temos vindo a referir, julgamos importante salientar a importância que os incrementos na perícia do desempenho, baseados na experiência e na formação têm no desenvolvimento da profissão de enfermeiro, conforme nos refere Benner (1995), pois, ninguém é considerado perito, pelos seus pares, no início da sua actividade profissional. Este ponto de vista da autora teve por base o modelo de Aquisição de Perícia de Stuart e Hubert Dreyfus, cujo modelo, generalizado à enfermagem, estabelece que na aquisição e no desenvolvimento de perícia, a pessoa passa através de cinco níveis: principiante, principiante avançado, competente, proficiente, e perito¹⁹.

¹⁸ «O prestador de cuidados é um perito porque dispõe de diferentes saberes provenientes tanto da sua vida pessoal quanto da sua formação e da sua experiência profissional». (Hesbeen, 2001, p. 27)

¹⁹ Na edição americana do livro *From Novice to Expert. Excellence and power in clinical nursing* (Benner, 1984), os cinco níveis estão escritos em inglês do seguinte modo: novice, advanced beginner, competent, proficient, e expert.

2.1 De principiante a perito

No modelo de aquisição de perícia de Stuart e Hubert Dreyfus, aplicado à enfermagem, a passagem de um nível a outro pressupõe a existência de mudanças no desempenho profissional tais como: uma progressiva confiança em princípios abstractos que levem à utilização de experiências passadas, e uma mudança na percepção e entendimento da exigência de uma determinada situação. Vejamos, pois, como Benner (1995) classifica cada um dos cinco níveis:

O **principiante** não possui experiência de situações onde irá desenvolver as suas acções. O enfermeiro principiante é ensinado na avaliação de situações sem a necessária experiência profissional como, por exemplo, na medição de sinais vitais e outros parâmetros passíveis de mensuração e de objectivação. Neste nível situam-se os enfermeiros recém-formados e os recém-chegados a um serviço cujo funcionamento desconhecem, nomeadamente o material a utilizar, e até as próprias pessoas doentes.

O **principiante avançado** já consegue demonstrar um desempenho marginalmente aceitável devido a alguma experiência profissional que já possui. Todavia, persiste, ainda, uma marcada incapacidade para ir além das regras e das orientações para a acção. O principiante avançado já lidou com algumas situações reais para notar (ou alguém terá chamado à atenção) os componentes situacionais significativos, chamados aspectos, no modelo de Dreyfus, que são sobretudo características globais que requerem experiência anterior em situações reais para que sejam reconhecidos.

O nível de **competente** começa a ser atingido por volta dos três anos de experiência profissional e desenvolve-se quando o enfermeiro começa a ver as suas acções em função de objectivos de longo alcance ou de planos. Para o enfermeiro competente, o plano estabelece uma perspectiva e assenta na avaliação consciente, abstracta e analítica do problema. O planeamento

consciente e deliberado do enfermeiro competente ajuda-o a atingir um nível de eficiência e organização. O seu nível de competência é apoiado e reforçado institucionalmente e, porque é percebido como o ideal pelos supervisores, muitos enfermeiros permanecem neste nível.

O **proficiente** percebe as situações globalmente, em vez de ser em função de aspectos e o desempenho é guiado por máximas, isto é, o proficiente adquire, de facto, a capacidade de abstracção a partir da sua própria prática. A experiência ensina ao enfermeiro proficiente quais os acontecimentos típicos a esperar numa dada situação e como modificar os planos em resposta a esses acontecimentos. Tendo presente a capacidade baseada na experiência para reconhecer situações como um todo, o enfermeiro proficiente pode agora reconhecer quando a imagem normal não se apresenta, isto é, quando o normal está ausente. O atendimento holístico do enfermeiro proficiente melhora a sua capacidade de decisão.

O enfermeiro **perito**, com a sua experiência prévia, abarca intuitivamente a situação e concentra-se no ponto fulcral do problema sem considerações supérfluas por um grande número de possíveis e infrutíferas situações-problema. O perito opera a partir de um conhecimento profundo da situação e, tal como o mestre de xadrez quando lhe perguntam porque fez um lance particularmente magistral, dirá: *porque sentia que era certo. Parecia bom.* (Benner, 1995). Todavia, isto não quer dizer que o perito não utilize instrumentos de análise, pois para situações novas e diferentes é necessária uma capacidade analítica altamente diferenciada.

Benner (1995) é de opinião que o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, aplicado à enfermagem e combinado com uma abordagem interpretativa para a descrição das práticas de enfermagem, oferece directrizes para o desenvolvimento da carreira e do conhecimento na prática da enfermagem.

A experiência profissional, para além da formação e preparação formal, é necessária ao desenvolvimento dos níveis atrás descritas, uma vez que é impossível aprender maneiras de estar e de lidar, como por exemplo com a doença, só através de conceitos ou teorias; pois a prática profissional dos cuidados de enfermagem vai mais além do que qualquer saber teórico ou técnico.

Neste contexto, a prática é, para Benner e Wrubel (1989), uma fonte constante de novos dados e de novos saberes que vão enriquecendo, de modo progressivo, qualquer teoria. Os mesmos autores chamam, também, a atenção para a importância de se estudar a prática dos peritos no sentido de ela nos abrir novos conhecimentos, novas interrogações, e novos entendimentos. Hesbeen (2000, p. 82) considera que *“é justamente da prática que é preciso partir para construir a profissão e não do imaginário de uma profissão mais ou menos forte e prestigiosa que pretendesse impor as suas opiniões sobre a prática”*.

Os enfermeiros através da sua formação e experiência profissional, desenvolvem e observam muitas maneiras de entender e de lidar com as pessoas, particularmente em situação de doença, assim como muitas maneiras de viver a doença, o sofrimento, a dor, entre outros, e podem oferecer vias de entendimento, de controlo, de aceitação e até mesmo triunfo no meio do que, para a pessoa, pode ser uma experiência desconhecida e única.

A prática dos cuidados de enfermagem, como prática orientada para o cuidado à pessoa, é enriquecida pelo conhecimento, baseado na própria prática, e pela reflexão que o enfermeiro desenvolve a capacidade de explorar futuras implicações na prática.

Conclusão do Capítulo II

Neste capítulo abordámos a prática dos cuidados de enfermagem centrada na relação interpessoal de um enfermeiro com uma pessoa ou de um enfermeiro com um grupo de pessoas – família ou comunidade.

Referimos que actualmente nos encontramos perante o emergir da concepção holística (defende que o todo não é a mera soma das partes, mas tem propriedades que faltam aos elementos individuais que o constituem) da pessoa, na qual o enfermeiro reconhece a pessoa como um todo numa perspectiva de crescimento e de desenvolvimento. Neste contexto, a prestação de cuidados centrada na pessoa, perspectiva uma orientação para o cuidar.

Neste capítulo foi nossa preocupação abordarmos os conceitos de cuidar de cuidados de enfermagem. Constatámos que para muitos autores, o cuidar é a essência da própria enfermagem (Watson, 1985, 1988; Leininguer, 1988; Benner e Wrubel, 1989; Collière, 1989; Hesbeen, 2000; 2001). Referimos também, que o cuidar não deverá ser só apanágio dos enfermeiros, mas de todos os profissionais de saúde. Contudo, são os enfermeiros que, por estarem mais perto das pessoas, têm um espaço de manobra de modo a poderem actuar como verdadeiros prestadores de cuidados.

Neste contexto, o cuidar em enfermagem é um cuidado que deverá dirigir-se sempre à pessoa em interacção constante com o meio ambiente e com o seu semelhante em contínua mudança, proporcionando-lhe acompanhamento a fim de a ajudar a encarar todas as mudanças com que se possa confrontar. Neste sentido, podemos dizer que os enfermeiros mobilizam *cuidados de manutenção de vida e cuidados de reparação*.

Por último abordámos a perícia no desempenho do enfermeiros, caracterizando o conceito de enfermeiro prestador de cuidados e de enfermeiro perito, na perspectiva de Hesbeen (2001) e Benner (1995). Esta incursão por

estes conceitos teve por objectivo tomar conhecimento dos papéis desempenhados pelos enfermeiros que podem ser identificados como peritos e da importância que o conhecimento abarcado por estes mesmos enfermeiros pode ter no desenvolvimento da enfermagem.

CAPÍTULO III

A PESSOA IDOSA

Introdução ao Capítulo III

A pessoa idosa é um ser no mundo, é um todo indivisível que, com todas as suas dimensões (biológica, psicológica, sociológica, cultural e espiritual) que a modulam, vão definir, igualmente, cada uma das suas necessidades.

Para Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 6), *“os idosos são pessoas globais, capazes de se adaptar, de crescer e de aprender. A velhice é um período importante da vida, com as suas vantagens e com os seus inconvenientes”*. Para os mesmos autores, a concepção de velhice como processo dinâmico e positivo tem de levar necessariamente a uma mudança de atitudes em relação à pessoa idosa e permitir, aos enfermeiros, elaborar acções concretas direccionadas, especificamente, às pessoas idosas.

Nesta perspectiva, entender o processo de envelhecimento é compreender de forma abrangente todos os aspectos da vida, dos factores genéticos, aos biológicos, físicos, químicos e nutricionais, aos aspectos psicológicos, sociológicos, económicos, comportamentais, ambientais, mas sobretudo a pessoa²⁰. Nesta perspectiva, é fundamental olharmos para o envelhecimento e percebê-lo como a evolução e continuação da vida anterior. A velhice situa-se, portanto, no *continuum* do desenvolvimento humano e é a fase final da vida da pessoa.

Assim, neste capítulo, pretendemos abordar os aspectos ligados ao envelhecimento demográfico, a sociedade e a família face ao envelhecimento, e os serviços de saúde face às pessoas idosas; a pessoa idosa e o processo de envelhecimento, o conceito de pessoa idosa, o conceito de si, o conceito e o

²⁰ In “A Saúde dos Portugueses” - <http://www.dgsaude.pt>

processo de envelhecimento, e os factores relacionados com o processo de envelhecimento. Abordaremos, também, o contexto e o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa; a problemática do envelhecimento que se colocas à enfermagem, e os cuidados de enfermagem à pessoa idosa.

1. O envelhecimento demográfico em Portugal

Durante muito tempo pensou-se que o envelhecimento demográfico era apanágio das sociedades desenvolvidas, devido à diminuição da natalidade, e à melhoria dos cuidados de saúde prestados às populações, mas dados demográficos vêm justamente demonstrando que nenhuma sociedade está imune a esta problemática.

A partir da década de sessenta o envelhecimento demográfico acentua-se em Portugal, com o movimento migratório (com a saída de muitos jovens e o regresso dos mesmos já como idosos nos últimos anos) e a guerra em África, e com a quebra acentuada da natalidade a partir da década de oitenta (Pimentel, 2000).

O aumento da esperança de vida, aliado ao envelhecimento no topo da pirâmide etária tem provocado um peso substancial na Sociedade Portuguesa, provocando um duplo envelhecimento da população da portuguesa a que, se junta o declínio da fecundidade, traduzindo-se no envelhecimento da base da pirâmide (Nazareth, 1988).

O envelhecimento da população portuguesa enquadra-se no pendor dominante da dinâmica das populações dos países da União Europeia, e aqui a população está envelhecida. Segundo projecções estatísticas, do Instituto Nacional de Estatística, por volta de 2020 as pessoas com mais de 65 anos representarão 18,1% as população portuguesa. Acrescente-se, ainda, que em 1960, só 8% da população portuguesa era constituída por pessoas idosas, mas já em 1998, esse número subia para 15,2%.

Portugal tem cerca de um milhão e meio de pessoas com mais de 65 anos numa população de 10 milhões de habitantes²¹. À semelhança de outros países europeus, manifesta uma nítida tendência para o envelhecimento, resultante dos baixos índices de natalidade (em queda acentuada há quase duas décadas), e do aumento da esperança de vida (71 anos para os homens e 78 para as mulheres). De acordo com o censo de 1981, por cada 100 jovens com menos de 15 anos existiam 45 idosos. Nas estimativas em 1997, eram já 89 idosos por cada 100 jovens.

A Região Autónoma dos Açores²², apesar de apresentar em 1998 uma população ainda predominantemente jovem, 55 790 indivíduos com menos de 15 anos para 29 240 com mais de 65 anos, o problema começa já a ser preocupante principalmente nas ilhas mais pequenas as quais têm vindo a perder população, primeiro à custa da emigração para os Estados Unidos da América e Canadá, e depois à custa da migração para as ilhas com melhores condições sócio-económicas, nomeadamente S. Miguel e Terceira.

A problemática do envelhecimento está longe de ser um assunto pacífico pelas implicações sociais, económicas, e financeiras que as envolvem. Pois se, por um lado, nos congratulamos com a conquista de mais anos de vida, que poderá corresponder a uma melhor qualidade de vida, por outro, essa conquista poderá representar uma verdadeira catástrofe porque ao assistir ao prolongamento da vida, o Homem vai-se expondo a doenças, nomeadamente crónicas e mentais, e incapacidades, decorrentes do próprio processo de envelhecimento.

1.1 A sociedade e a família face ao envelhecimento

A forma como a Sociedade vê as pessoas idosas afecta a percepção que elas têm de si mesmas (Fernandes, 2000), a par de que durante muito tempo,

²¹ Dados consultados em <http://www.ine.pt>

²² Dados consultados em <http://www.ine.pt/srea/>

o envelhecimento foi considerado um fenómeno patológico, resultante do desgaste do organismo e da acumulação de sequelas de doenças e de acidentes da infância e da idade adulta, e embora *“não seja uma realidade agradável para ninguém, também não é uma doença degenerativa. É um processo multidimensional que comporta mecanismos de reparação e de destruição desencadeados ou interrompidos em momentos e a ritmos diferentes em cada ser humano”* (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p. 145).

Apesar deste ciclo de vida também ser conotado com custos e encargos onerosos, é preciso olharmos, também, para os benefícios, nomeadamente sociais, que podem daí decorrer, pois não podemos considerar os efeitos do envelhecimento demográfico perversos em termos sociais.

Em termos sociais, o envelhecimento demográfico *“só é preocupante por se desenvolver num contexto desfavorável, em que um conjunto de outros factores como a diminuição da taxa de natalidade, a crescente instabilidade das formas familiares, a indisponibilidade da família para dar um apoio efectivo aos idosos (em especial aos dependentes), a crise dos sistemas de protecção social, a despersonalização das relações sociais”* (Pimentel, 2001, p. 51). Julgamos ser esta a situação que estamos a viver, e hoje mais do que nunca estamos despertos para estes problemas.

A família é considerada a instituição social básica, a partir da qual muitas outras se desenvolveram à medida que se foram tornando necessárias. A família tem por objectivo a realização de determinadas funções, nomeadamente a de proteger os seus membros. Por isso é muitas vezes designada como a unidade funcional básica da sociedade, cujos membros estão especialmente determinados a cuidar uns dos outros, tanto física como emocionalmente (Moore, 1997). Contudo, hoje é comum ouvirmos dizer que a família está em crise e que tem vindo a ser substituída, em algumas das suas funções como, por exemplo, cuidar das pessoas idosas, por outros grupos sociais ou instituições.

Neste contexto, as pessoas idosas em situação de doença, ou com problemas inerentes ao próprio processo de envelhecimento, começam a procurar os serviços de saúde, chegando muitos deles a preferirem ficar nos hospitais, aquando dos internamentos.

1.2 Os serviços de saúde face às pessoas idosas

A hospitalização representa, particularmente para a pessoa idosa, uma ameaça e um desafio, que podem ser vivenciados de diferentes formas, de acordo com diferentes factores, com a capacidade de adaptação, experiências anteriores, representações de saúde e de doença, entre outros. Pois, os ambientes hospitalares são ambientes desconhecidos, despersonalizados e com tal percebidos como ameaçadores (Watson, 1985).

No entanto, e de acordo com as perspectivas demográficas actuais e de enquadramento sócio-familiar das pessoas idosas, bem como das suas necessidades, alguns princípios são definidos em “*A Saúde dos Portugueses – (Direcção-Geral de Saúde, 1997)*”²³ que, de alguma forma, podem orientar as acções que tenham a ver com a prestação de cuidados de saúde às pessoas idosas.

Assim, de acordo com o mesmo organismo, os serviços que prestam cuidados de saúde às pessoas idosas devem ser:

- a) abrangentes – assegurando todas as ajudas que a pessoa necessite para viver;
- b) equitativas – assegurando que todas as pessoas tenham as mesmas possibilidades de satisfazer as suas necessidades globais;
- c) acessíveis – tendo em conta diversos factores, alguns serviços terão de ser prestados no domicílio;
- d) oportunos – respondendo de forma rápida às situações mais urgentes;

- e) integrados – englobando os problemas das pessoas idosas e dos familiares que lhes prestam cuidados;
- f) coordenados – assegurando a interligação entre os serviços ou entidades prestadoras de cuidados;
- g) planeados – estudando e promovendo as necessidades das pessoas idosas, de modo a obterem respostas eficazes, e
- h) orçamentados – aplicando uma correcta gestão às reais necessidades.

Assim, e tendo em conta estes princípios, há que desenvolver formas inovadoras, condignas e flexíveis para responder às reais necessidades de saúde das pessoas idosas, tendo em conta a sua heterogeneidade.

2. A pessoa e o processo de envelhecimento

Tendo por base uma prática de cuidados de enfermagem centrada numa filosofia de cuidar, em que a pessoa é um todo, interligado nas suas diferentes dimensões, indissociável do meio que a rodeia, e desenvolve a sua qualidade de vida segundo as suas potencialidades e prioridades, podemos dizer que a pessoa é *dona* da sua própria vida e desempenha um papel activo, isto é, tem a possibilidade de identificar, sentir, saber escolher e decidir sobre a sua situação. Em face do referido, reconhecemos a sua forma de interagir com o meio ambiente e, de acordo com as suas necessidades, ajudamo-la a manter ou a readquirir equilíbrio nas suas diferentes dimensões.

2.1 O conceito de pessoa

A pessoa é um ser no mundo igual e diferente de todos os outros, com uma história de vida, com família, com amigos; é um ser no mundo, que se percebe, que vive experiências e que está em continuidade no tempo e no espaço (Watson, 1985).

²³ <http://www.dgsaude.pt>

Dossey e Keegan (1995) consideram a pessoa um ser multidimensional, possuindo, pelo menos quatro dimensões (biológica, psicológica, social e espiritual) todas interdependentes e interrelacionadas, mas que, por vezes, pode não conseguir salvaguardar globalmente a sua integridade.

Para Erikson (1968) a construção biológica da pessoa, a organização das suas experiências e o meio cultural onde está inserida, dão significado, forma e continuidade à existência da pessoa, e descreve o desenvolvimento da pessoa acentuando os seus próprios recursos, a interacção com os seus progenitores, com a família, com a sociedade e com a cultura onde está inserida. Para o mesmo autor, o desenvolvimento psicossocial tem como base um *“princípio epigenético”*, a partir do qual a pessoa vai-se desenvolvendo. Esse desenvolvimento, conceptualizado em termos de um «esquema cumulativo» envolve a apropriação de um estilo consistente de organização e de consolidação das experiências de vida por que passa desde o seu nascimento.

Erikson (1968) descreveu oito estádios²⁴ para explicitar e caracterizar o desenvolvimento psico-social. Cada um destes estádios, com as suas particularidades, maturidade física, capacidades cognitivas e afectivas e imperativos sociais, de forma articulada, vão condicionar o desenvolvimento da pessoa.

Ao analisarmos, do ponto de vista global, os estádios de desenvolvimento, propostos por Erikson, verificamos que a interacção entre o a pessoa e o meio vai acontecendo ao longo de toda a vida – desde o nascimento até à morte. Também podemos constatar que os determinantes

²⁴ Confiança básica versus desconfiança básica; Autonomia versus Vergonha e Dúvida; Iniciativa versus Culpa; Industria versus Inferioridade; Identidade versus Confusão de Identidade; Intimidade versus Isolamento; Generatividade versus Estagnação; Integridade versus Desespero, são estes os oito estádios do desenvolvimento psico-social propostos por Erikson, (1968).

sociais são igualmente significativos no processo de crescimento e de desenvolvimento da personalidade.

2.2. O conceito de si

Neste contexto em que os determinantes sociais são importantes no processo de crescimento e de desenvolvimento da pessoa, o desenvolvimento do conceito de si vai emergindo, o qual poderá, por vezes, consistir *“numa configuração organizada de percepções de si, admitidas pela consciência”* (Rogers, citado em L’Ecuyer, 1985, p. 17), ou percebido como fruto da interacção social, aparecendo como um produto da sociedade (Mead, citado em L’Ecuyer, 1985, p 17). A importância que a formação do auto-conceito assume justifica, por si só, que este conceito adquira o estatuto de ser um dos segmentos fundamentais e integradores, a par com o processo de desenvolvimento psico-social proposto por Erikson.

À medida que vamos crescendo, vamos, também, desenvolvendo uma perspectiva sobre a personalidade, as aptidões, os interesses, os valores e a importância que cada papel assume ao longo da vida. Ao mesmo tempo comparamos o conhecimento pessoal com o conhecimento e a informação que vamos adquirindo através do meio físico, social e cultural em que nos inserimos.

A noção de conceito de si próprio é de certo modo enquadrada no desenvolvimento biológico, psicológico e social: a ideia que cada pessoa tem de si própria pode começar a tornar-se definitiva a partir da infância, uma vez que se considera que as experiências exploratórias da adolescência, não servem senão para ajudar a clarificar, a elaborar e a confirmar o conceito que entretanto já começara a emergir e a cristalizar durante a infância.

Conforme novas experiências de vida vão acontecendo, a tendência é para a pessoa tomar consciência de si própria e dos seus comportamentos. A Sociedade, ou seja, a estrutura e os recursos económicos, as instituições

sociais, a escola, a organização hospitalar, actuam sobre a pessoa, e vice-versa, interagindo entre si. A comunidade, a economia, e escolaridade, a família, os grupos de pares, o mercado de trabalho, a política social e as práticas de emprego podem ser geradores de pressão social, facilitadores ou inibidores do desenvolvimento pessoal, e por inerência sobre a imagem que vamos adquirindo dos outros grupos etários.

Na cultura ocidental, concebemos a pessoa como sendo capaz de ter um certo grau de controlo sobre o seu próprio desenvolvimento, influenciando e transformando a sua própria capacidade de enfrentar os seus problemas. A sua personalidade amadurece de maneiras diferentes ao longo da vida, sofre a influência de factores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais, possui uma determinada estabilidade, mas pode mudar de forma inesperada durante os períodos de crise da qual, apenas, poderá sair reforçada ou fragilizada, consoante os apoios familiares, sociais e culturais que dispõe.

A interacção social, que advém de um contacto social, além de garantir a sobrevivência básica, é uma fonte de (in)formação, ajuda a manter e a desenvolver a identidade, e é fonte de prazer e conforto e de bem estar emocional (L. Carstensen, citada em Papalia e Olds, 2000). Nesse sentido, nas interacções socialmente estruturadas e reguladas, as sociedades reconhecem uma sequência nos ciclos de vida das pessoas. Reconhecem também que, ao passar de uma idade a outra, a pessoa é percebida como tendo entrado numa nova fase da sua vida (Costa, 1998).

Viver é, para a pessoa, nascer, crescer e envelhecer. Ao longo da vida a pessoa passa por influências externas que vão ter influências marcantes na sua velhice e na forma como vai envelhecendo. Por conseguinte, uma questão se nos coloca: o que é isto de envelhecer? Será que quando falamos de envelhecimento queremos dizer todos a mesma coisa?

2.2. O conceito e o processo de envelhecimento

Envelhecer é em sentido lato, um processo segundo o qual qualquer organismo vivo, tal como o corpo humano, existe no tempo e vai-se alterando fisicamente através de um desenvolvimento contínuo até culminar na morte. Envelhecer “*é um processo multidimensional que comporta mecanismos de reparação e de destruição desencadeados ou interrompidos em momentos e a ritmos diferentes para cada ser humano*” (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p. 145).

O envelhecimento, processo universal e complexo, pode ser considerado um processo contínuo que acompanha a pessoa ao longo da vida. No entanto, uma evolução mais rápida e mais notória observa-se nas últimas fases da vida das pessoas (Fernandes, 2000).

Durante muito tempo o envelhecimento foi considerado uma doença resultante, por um lado, do desgaste do organismo, e por outro, da acumulação de sequelas de doenças e acidentes da infância e da idade adulta (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). Todavia, os resultados de numerosas investigações não confirmaram essa interpretação do envelhecimento, antes, pelo contrário, demonstraram que o envelhecimento é um fenómeno normal, inerente à vida e universal.

Cícero na sua obra *De Senectute* (44 AC) referia a velhice como um fenómeno que variava de pessoa para pessoa e considerava esta fase como um período que podia oferecer muitas oportunidades de crescimento pessoal. (Fontaine, 2000). Encontrar o prazer que todas as idades proporcionavam era, para Cícero, *a arte de envelhecer*.

Sabemos que o processo de envelhecimento origina alterações ao nível das estruturas e ao nível das funções do organismo da pessoa. Contudo, estas modificações não acontecem de maneira igual, e uma mesma função pode

envelhecer a ritmos diferentes em pessoas diferentes. Com efeito, a senescência não evolui a um ritmo uniforme para todas as funções. E, apesar de o envelhecimento ser evidente, gostaríamos de referir que o envelhecimento é indissociável do facto de todos os seres vivos serem mortais, e cujo fim natural do processo de senescência é a morte.

2.4. Factores relacionados com o processo de envelhecimento

A qualidade do envelhecimento pode, em parte, ser influenciada por nós: os factores genéticos e hereditários, o meio ambiente, os estilos de vida podem influenciar o envelhecimento. E, com os passar dos anos, várias transformações vão ocorrendo, que podem ser aceites pela pessoa com naturalidade, se esta passar por períodos de adaptação às novas situações. Podemos, portanto, dizer que o processo de envelhecimento é condicionado por factores intrínsecos (factores genéticos e hereditários) e factores extrínsecos (estilos de vida, estado nutricional, ambiente, actividades, sistema de saúde, educação).

Botelho, Rendas e Correia (1999) consideram que as alterações provocadas pelo envelhecimento no organismo, como a pele, pulmões, coração ou rins, não devem ser encaradas como doenças, mas sim como alterações naturais de estruturas do organismo. E que, nesse sentido, é conveniente que o acompanhamento das pessoas idosas, nas doenças resultantes do processo de envelhecimento, sejam no sentido do seu equilíbrio. Daí que o envelhecimento humano, como processo natural que é, se revele de forma positiva, intimamente ligado a uma maior eficácia de medidas preventivas de saúde, aos progressos das ciências da saúde, a maiores e melhores intervenções no meio ambiente, e à tomada de consciência de que somos os principais agentes da nossa própria saúde.

O envelhecimento é uma etapa na vida das pessoas cada vez mais reconhecida como uma etapa de ganhos e de perdas, de crescimento e de declínio. Contudo, há, ainda hoje, quem considere a idade e o crescimento

contraditórios entre si (Papalia e Olds, 2000). De qualquer modo, a idade é apenas um marcador da passagem do tempo e, enquanto variável explicativa do processo de envelhecimento (idade cronológica) em si não produz mudanças que, a acontecerem, têm por base uma complexa interacção de vária ordem: biológica, psicológica e social (Fernandes, 2000).

Para Birrem e Cunningham (1985), citados em Fontaine (2000), cada pessoa não tem uma idade, mas três idades diferentes: a idade biológica, a idade social e a idade psicológica, pois, perante duas pessoas com 70 anos de idade, consideramos que não têm necessariamente a mesma idade senão do ponto de vista contabilístico. Vejamos, portanto, como nos caracterizam cada uma das três idades:

A idade biológica encontra-se ligada ao envelhecimento orgânico, em que começamos a assistir a uma diminuição de funcionamento dos órgãos e a uma menor eficácia da sua auto-regulação. Contudo, nem todos os órgãos envelhecem ao mesmo tempo, e, numa determinada pessoa podemos assistir a uma degradação do sistema cardiovascular, e noutra assistir a uma degradação de qualquer outro sistema.

A idade social tem a ver com o papel social da pessoas e com os seus hábitos em relação a outros membros, e é fortemente influenciada pela cultura onde a pessoa está inserida. A passagem à reforma (aquisição fundamental dos movimentos operários), por exemplo, é muito variável de pessoa para pessoa. Enquanto que para uns ela é considerada como que um prémio, para outros é considerada como uma morte social.

A idade psicológica tem a ver com o comportamento da pessoa em relação às mudanças do ambiente, onde se inclui a memória, a inteligência e as motivações empreendedoras. A manutenção destas actividades permitirá uma boa auto-estima e a conservação de um bom nível de autonomia e de controlo sobre si.

Pelo que acabámos de referir, e por olharmos o envelhecimento como um processo em que intervêm componentes morfológicas, biológicas, psicológicas, sociais e económicas, o processo de envelhecimento não segue uma evolução linear para todas as pessoas, ou seja, não surge da mesma maneira nem à mesma velocidade em cada um de nós. Daí que, embora o envelhecimento constitua um destino biológico e natural, ele é influenciado pelo contexto social e cultural em que a pessoa se insere, e é vivido de forma variável por cada pessoa. Em suma, o processo de envelhecimento faz parte integrante do desenvolvimento da pessoa, como resultado de uma reorganização contínua, que começa desde a fertilização e prossegue até à morte física da pessoa, pois, cada dia que passa é um passo para o envelhecimento.

Neste contexto, considerando-se que o processo de envelhecimento se constrói de forma progressiva desde o início da idade adulta, e que a formação da identidade dura toda a vida, temos de considerar o processo de envelhecimento como um processo de desenvolvimento que vai exigindo aprendizagens, adaptações, participações, e eventualmente ajudas. Para tal, é necessária a pessoa encarar a vida de forma construtiva, fazendo face aos problemas que possam surgir, preservar uma autonomia possível, não sobrevalorizando os aspectos negativos, mas dinamizando e valorizando ao máximo os aspectos positivos

Para que esta fase da vida da pessoa seja emocionalmente saudável e realizada com o mínimo de diminuição mental e física, e considerada uma fase produtiva do desenvolvimento humano, Havighurst (1978), citado em Berger e Mailloux-Poirier (1995), descreve algumas tarefas específicas que os adultos a partir de 60 anos devem ter em conta, de modo a que esta fase da vida não seja um período de estagnação, de apatia e de problemas insolúveis, desencadeados, na maioria das vezes, por perdas e alterações de papel familiar e social, doença e situações de *stress*. Essas tarefas consistem em a pessoa ajustar-se ao declínio da saúde e das forças físicas, à reforma e a uma baixa dos rendimentos, à perda do cônjuge, às novas relações familiares e

papéis parentais, à conservação de obrigações cívicas e sociais e à prevenção de adaptações satisfatórias ao ambiente físico.

Hoje precisamos pensar no envelhecimento numa perspectiva global e não só pensarmos no envelhecimento como um facto biológico. O envelhecimento é um fenómeno com várias dimensões e complexidades, incluindo-se os factores políticos, sociais, económicos e culturais.

As questões económicas, nomeadamente no que diz respeito à capacidade de produzir, têm vindo a impor-se, e a valorização da pessoa a ser feita através de critérios meramente económicos, fazendo com que esta só seja importante quando integrada num sistema de produção. Este sistema ao oferecer muito poucos incentivos às pessoas que vão envelhecendo, é um sistema que antecipa a morte dessas pessoas.

Estamos, de facto, diante de um sistema deveras paradoxal: a mesma sociedade que promove o prolongamento da vida, também a mata lentamente, por falta de condições adequadas de vida. A pessoa idosa não pode ser vista como uma pessoa jovem envelhecida, denegrida e despersonalizada, mas sim como pessoa com características próprias e com um manancial de conhecimentos prontos a partilhar.

Em face de tudo o que acabámos de referir, como se movimentam os enfermeiros nesta problemática, ou seja, neste contexto, como desenvolvem os cuidados de enfermagem a estas pessoas, é o que abordaremos de seguida.

3. O contexto e o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa

A valorização social da juventude, da beleza e do poder económico na Sociedade actual, tem relegado para segundo plano tudo o que não se enquadra nesta trilogia selectiva e efémera. Esta situação tem levado a que determinados grupos sociais menos favorecidos, como por exemplo, as pessoas idosas, se sintam discriminados e marginalizados, por não se enquadrarem nesta trilogia.

As organizações de saúde, como subsistemas sociais e os enfermeiros como membros desses subsistemas, também são influenciados pelos valores sociais dominantes, como o prestígio, a técnica, a saúde e a juventude física, os quais não encontram eco, de uma forma geral, nos serviços cujos utentes são na sua maioria pessoas idosas. *“Ainda hoje o papel daqueles que prestam cuidados em gerontologia²⁵ não está valorizado e parece de segunda categoria”* (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p. 13), pois, apesar dos esforços realizados, as unidades de saúde em que predominam pessoas idosas e os enfermeiros que nelas trabalham, ainda são desvalorizados, assim como é desvalorizada quer a velhice, quer a própria imagem social das pessoas idosas.

Daí que face às actuais condições sociais, culturais, políticas e económicas, as pessoas idosas confrontam-se, muitas vezes, não só com as perdas de «papel», do cônjuge, de parentes, de amigos, dos seus atributos físicos, mas também com o isolamento, a solidão, a desvalorização social, com a diminuição da sua participação na família e na Sociedade, levando-a a sentir-se inútil. Este sentimento de inutilidade constitui factor ameaçador e gerador de grande ansiedade, que pode comprometer o seu equilíbrio físico, psíquico, e social, já de si fragilizado.

²⁵ A gerontologia estuda os aspectos ligados ao processo de envelhecimento, *“estuda a vivência dos homens e das mulheres que envelhecem e interessa-se tanto pelas pessoas saudáveis como doentes”*. A gerontologia abarca quatro aspectos interligados, mas distintos: o

Nas unidades de saúde, os *cuidados de reparação* prevalecem sobre os *cuidados de manutenção e de continuidade de vida*²⁶. Esta prevalência dos *cuidados de reparação* vai aniquilando progressivamente “as forças vivas da pessoa (...) porque há esgotamento das fontes de energia vital, seja de que natureza forem (física, afectiva, social, etc. Esta aniquilação pode ir até a deterioração irreversível” (Collière, 1989, 239). Todavia, tendo em conta a natureza dos *cuidados de manutenção* de vida e dos *cuidados de reparação*, numa situação de cuidados, que não se limita somente a tratar a doença, importa perguntar às pessoas quais os elementos, as referências que podem contribuir para a construção do processo de cuidados de enfermagem (Collière, 1989).

Podemos dizer que se os enfermeiros estiverem convictos de que “*tudo o que resta da capacidade de vida pode e exige ser constantemente mobilizado – e isto até ao limiar da morte – a fim de que as energias vitais prevaleçam sobre os obstáculos à vida*” (Collière, 1989, p. 239), serão, também, capazes de encarar qualquer dificuldade encontrada nos contextos de trabalho. Daí podermos afirmar que os enfermeiros têm um papel de primordial importância na promoção e na manutenção da saúde das pessoas idosas.

Neste contexto, Collière (1989) refere que a mudança devida ao envelhecimento, exige cuidados de estimulação, de manutenção das capacidades que a pessoa ainda é detentora, de apoio ao que ainda pode fazer, de modo a prevenir-se maiores limitações funcionais. Para Ebersole e Hess, citados em Berger e Mailloux-Poirier (1995), as intervenções, por parte dos enfermeiros, a prestar às pessoas idosas terão de basear-se, de um modo geral, no estímulo da sua autoresponsabilização, a uma nutrição adequada, a uma actividade física adequada, à utilização de estratégias de adaptação às

envelhecimento físico, o envelhecimento psicológico, o envelhecimento comportamental, e o contexto social do envelhecimento (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p. 2).

²⁶ Os *cuidados de reparação* que têm como finalidade limitar a doença, lutar contra ela e atacar as suas causas, e os *cuidados de manutenção e de continuidade de vida* têm em vista todos os cuidados de manutenção de vida (Collière, 1989) foram abordados no Capítulo II.

perdas, ao apoio na organização do seu ambiente, ou seja, as dimensões determinantes de saúde.

Berger e Mailloux-Poirier (1995) referem o respeito, a reciprocidade e a confiança como atitudes positivas dos enfermeiros face às pessoas idosas, e a infantilização²⁷, a não reciprocidade, o automorfismo social²⁸, o despotismo, o *âgisme*²⁹, a gerontofobia³⁰, como atitudes negativas, as quais devem ser tidas em conta pelos efeitos nefastos que podem ter quando se prestam, ou melhor, quando se tentam prestar cuidados de enfermagem às pessoas idosas.

Collière (1989) considera que os cuidados de acompanhamento, de estimulação, de desenvolvimento e de manutenção de vida são indispensáveis nas grandes passagens da vida, nas crises, nas rupturas e nas mudanças irreversíveis; seguem a curva de vida, dependem directamente da iniciativa e, por vezes, da decisão do enfermeiro e exigem um largo campo de conhecimentos, biopsicológicos, psico-afectivos, culturais e espirituais.

Para as pessoas idosas, já não se trata de prolongar a esperança de vida, mas prolongar a vida com o mínimo de incapacidades. Para isso, é preciso estarmos atentos a factores de risco que, na perspectiva de Costa (1998), são as condições de vida e de ambiente, as condições de saúde, os estilos de vida, as condições sócio-económicas e as atitudes sociais face ao envelhecimento. Há, pois, que interiorizar que o processo de envelhecimento não resulta apenas do processo de envelhecimento biológico, mas também da sua combinação com doenças, que podem ocorrer em simultâneo, e também de mudanças sociais.

²⁷ Atitude discriminatória relativamente à pessoa idosa e manifesta-se por tratar a pessoa idosa por tu, por uma simplificação demasiada das actividades sociais ou recreativas e pela organização de programas de actividades que não respondem às necessidades dessas pessoas (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

²⁸ (...) o não reconhecimento da unicidade do idoso, a não reciprocidade, a duplicidade (...) (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p. 65).

²⁹ Atitude negativa face ao envelhecimento, que se reposta a todas as formas de discriminação baseadas na idade; é o pensar-se que todas as queixas apresentadas pelas pessoas idosas são devidas à idade (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

3.1. A problemática do envelhecimento que se coloca à enfermagem

Face a toda esta problemática do envelhecimento, temos que introduzir mudanças que têm de começar no interior de nós próprios, na família, nos locais de trabalho. Sabemos que o envelhecimento é um processo que se inicia desde o início da vida, *“é um processo que se constrói ao longo da vida”* (Quaresma, 1991, p. 18). Nesta perspectiva, é fundamental que o enfermeiro assimile, cognitiva e emocionalmente teorias do desenvolvimento pessoal, contribuindo, assim, para uma mudança de atitudes, de modo a que assuma um papel inovador e relevante na prestação de cuidados à pessoa idosa.

Gustave (1992) refere que as nossas atitudes são adquiridas pela experiência e as suas formas essencialmente compostas por normas e valores da sociedade. Sendo assim, as atitudes são determinadas pelas normas e pelos valores sociais em presença. E a imagem que o enfermeiro interiorizou da pessoa idosa é idêntica àquela que a sociedade tem, associada a uma cultura profissional fortemente influenciada pelo modelo biomédico.

Neste contexto, o enfermeiro vê-se a prestar cuidados de enfermagem privilegiando a área técnica em detrimento da área relacional, e rejeita a possibilidade de adquirir e usufruir conhecimentos sobre as experiências de vida das pessoas idosas. No entanto, os enfermeiros estão conscientes de que a sua acção situa-se, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem a saúde, tendo por objectivo a prevenção e a eliminação da doença, e por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente (Collière, 1989).

³⁰ *“É o medo irracional de tudo quanto se relaciona com o envelhecimento e com a velhice”.* Esta situação conduz a um bloqueio afectivo que provoca desdenho e resistência face ao fenómeno do envelhecimento (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p. 65).

As pessoas idosas que ocupam as unidades de saúde, provêm de locais muito heterogéneos, com modos de ser, de estar e de pensar diferentes, traduzindo-se num apelo à interacção enfermeiro/pessoa idosa. Verificamos, por conseguinte, que as pessoas idosas são detentores de um saber acumulado, fazendo-nos reconhecer o valor da nossa própria vida, repensar e até consciencializarmo-nos do valor da nossa saúde e do nosso envelhecimento.

Hoje, sabe-se que o desenvolvimento pessoal não só se processa na infância e na juventude, como se vai processando na idade adulta e na velhice. Em todas as fases da vida o ser humano tem potenciais para se desenvolver. Para o desenvolvimento pessoal contribui o meio onde estamos inseridos, a interacção com os nossos pais, com a família, com a cultura que nos envolve, com a sociedade, ou seja, a interacção entre aspectos situacionais e aspectos pessoais.

Neste turbilhão de acontecimentos, ao longo da vida vamos recebendo consecutivamente mensagens novas. Primeiro balançamos, parece que cada uma que chega põe em desordem o que já existe, depois conseguimos dar-lhe um espaço, um sentido, e finalmente conseguimos o equilíbrio novamente. Assim, vamos enriquecendo e desenvolvendo o nosso mundo cognitivo, emocional e afectivo.

As relações que estabelecemos com a família e com o meio social onde estamos inseridos são factores importantes para o nosso desenvolvimento pessoal e consequentemente para o desenvolvimento pessoal do outro. Os afectos, a sensação de sermos amados, de sermos necessários, de sermos apreciados e úteis desenvolvem em nós sentimentos de auto-estima, segurança, vontade de construir, de dar, de estarmos activos, e assim enriquecermo-nos afectiva, psicológica e intelectualmente. Desta forma, serão mais fáceis as relações e o entendimento entre as pessoas. O desenvolvimento pessoal que poderemos seguir, fruto de vários factores, decerto vai ter

repercussões na forma como estamos com os outros, de como comunicamos com eles, em suma, de como cuidamos de nós e dos outros, particularmente da pessoa idosa.

Desse modo, é imperativa uma mudança na forma de acolher e de cuidar da pessoa idosa, tendo em vista que é um ser com *corpo, mente e alma*, com capacidades, limitações, poder, direitos e deveres que são inerentes ao estágio em que se encontra. É preciso não esquecermos que os aspectos motivacionais para o estabelecimento desta relação são influenciados pelas organizações de saúde e pelas actividades que os enfermeiros desenvolvem.

3.2. Os cuidados de enfermagem à pessoa idosa

Pelo que acabámos de referir, podemos dizer que os cuidados de enfermagem à pessoa idosa poderão objectivar-se de diferentes maneiras, uma vez que cada pessoa é única e irrepetível. Contudo, Berger e Mailloux-Poirier (1995) referem alguns objectivos que devemos ter em conta na prestação de cuidados à pessoa idosa e que são:

- a) proteger e promover a saúde;
- b) prevenir complicações de situações patológicas;
- c) satisfazer necessidades de saúde identificadas, percebidas e/ou expressas;
- d) favorecer a identidade e a autonomia da pessoa;
- e) prevenir o isolamento social;
- f) ajudar a pessoa na preservação das suas capacidades físicas, psicológicas e sociais;
- g) ajudar a pessoa no desenvolvimento de novas capacidades;
- h) estimular a pessoa a inserir-se no seu meio.

Também a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1984) adoptou os seguintes objectivos para prestação de cuidados às pessoas idosas e que são:

- a) prevenir a perda de aptidões funcionais;
- b) manter a qualidade devida;
- c) manter a pessoa idosa onde ele deseja;
- d) dar apoio à família da pessoa idosa;
- e) proporcionar assistência de qualidade;
- f) contribuir para que a pessoa idosa morra tranquilamente proporcionando-lhe cuidados adequados.

Nos cuidados de enfermagem às pessoas idosas, a enfermagem tem como finalidade ajudar as pessoas a aproveitarem ao máximo as suas capacidades funcionais, qualquer que seja o seu estado de saúde e a sua idade. Contudo, ajudar as pessoas idosas não tem sido fácil, pelos inúmeros factores que já referimos. Perspectivamos essas dificuldades porque nos actuais contextos de trabalho, os enfermeiros não são influenciados exclusivamente pelas suas representações de enfermagem, uma vez que dependem, também, do sistema de saúde e da sua organização, que por sua vez são influenciados pelos valores sociais dominantes, como o prestígio, a técnica, a beleza física, e consequentemente pelas representações³¹ sociais das pessoas a quem prestam cuidados.

Em paralelo ao que temos vindo a referir, as práticas de cuidados de enfermagem vão, também, desenvolver-se em função das orientações político-administrativas em que se enquadram as organizações de saúde e de enfermagem, bem como o papel a desempenhar nas resoluções das necessidades sociais. Neste contexto, a complexidade e a extensão dos cuidados de enfermagem às pessoas idosas tornam urgente o desenvolvimento de investigação nesta área de modo a que a prática de cuidados a estas pessoas se possa alicerçar nesses conhecimentos. Pois, os *cuidados aos idosos (...) não se improvisam: apoiam-se em noções teóricas e práticas específicas e administram-se num contexto de colaboração, de amor e*

³¹ “É um conjunto de conceitos, proposições e explicitações, criado na vida quotidiana no decurso da comunicação interindividual” (Vala, 1993, p 354).

de respeito entre os idosos, as suas famílias e todos os intervenientes” (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p. VIII)

Conclusão do Capítulo III

Neste capítulo abordámos o envelhecimento demográfico na perspectiva de diversos autores que se têm debruçado sobre esta temática, e uma das indicações que ressalta é a de que a nossa Sociedade está a envelhecer, à custa do aumento da esperança de vida, com as pessoas a viverem mais anos, mesmo em situações de doença crónica, a expensas da melhoria dos cuidados de saúde, e à custa de uma diminuição acentuada da natalidade.

Conceptualizámos que o processo de envelhecimento é condicionado por factores intrínsecos (factores genéticos e hereditários) e factores extrínsecos (estilos de vida, estado nutricional, ambiente, actividades, sistema de saúde, educação). Daí que o processo de envelhecimento não siga uma evolução linear para todas as pessoas, ou seja, não surge da mesma maneira nem à mesma velocidade em cada um de nós. Por conseguinte, e embora constitua um destino biológico e natural, ele é influenciado pelo contexto social e cultural em que a pessoa se insere, e é vivido de forma variável por cada pessoa.

Abordámos, também, o contexto e o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa em que referimos que as organizações de saúde, como subsistemas sociais e os enfermeiros como membros desses subsistemas, também são influenciados pelos valores sociais dominantes, como o prestígio, a técnica, a saúde e a juventude física, os quais não encontram eco, de uma forma geral, nos serviços cujos utentes são na sua maioria pessoas idosas. Nestas unidades de saúde, os enfermeiros que nelas trabalham, ainda são desvalorizados, assim como é desvalorizada a velhice e a própria imagem social das pessoas idosas. Contudo, há enfermeiros que vêem a pessoa idosa como uma pessoa com uma grande experiência de vida, e com um saber vivenciado pronto a partilhar.

Referimos ainda, neste capítulo, que a prestação de cuidados de enfermagem a estas pessoas não é uma questão de boas intenções, e que pode objectivar-se de diferentes maneiras; tendo sempre em conta que cada pessoa é única e irrepetível, um ser no mundo, que se percebe, que vive experiências únicas e que está em continuidade no tempo e no espaço.

CONCLUSÃO DA PARTE I

Nesta primeira parte construímos um enquadramento teórico de referência, do qual sobressaíram aspectos pertinentes da formação e prática profissional de enfermagem às pessoas idosas, de modo a conceptualizar a problemática em estudo.:

No Capítulo I abordámos as diferentes acepções de educação e formação, e identificámos a emergência de um novo conceito de formação no qual a pessoa assume-se como sujeito e agente do seu próprio processo de formação. Este processo de formação, numa perspectiva global de vida, é encarado como um processo complexo formado por três pólos (o próprio, os outros e as coisas).

A autoformação, constituindo-se como a acção da pessoa que se forma por si própria, é encarada como uma tomada de consciência dessa situação, através do confronto consigo própria, com os outros e com o mundo, e através da transformação de perspectivas. Neste processo, a pessoa é o centro do seu próprio processo de formação.

Abordámos, também, neste capítulo, as diferentes perspectivas sobre a autoformação e a autoformação e o decurso da vida no trabalho. Damos especial relevância à formação experiencial, a qual surge como possibilidade de construção de saberes numa dinâmica de autoformação, permitindo a construção de saberes utilizando as experiências de vida do sujeito; pressupõe a capacidade do sujeito confrontar a experiência, dando-lhe sentido, e de aproveitar sobre a óptica da formação. Incidimos, também, um olhar sobre a reflexão e transformação das experiências dos enfermeiros, pois a prática de enfermagem não é uma acção repetida, mas sim uma acção regulada, reflectida e transformada.

No Capítulo II abordámos a prática dos cuidados de enfermagem, como prática centrada na relação interpessoal de um enfermeiro com uma pessoa ou de um enfermeiro com um grupo de pessoas – família ou comunidade.

Referimos que o conceito de cuidar tem sido tema central na literatura recente da enfermagem e muitos autores consideram-no a essência da própria enfermagem (Watson, 1985, 1988; Leininguer, 1988; Benner e Wrubel, 1989; Collière, 1989; Hesbeen, 2000). No entanto, se os cuidados de enfermagem se enquadram no cuidar não deverão confundir-se com ele (Hesbeen, 2000), mas os enfermeiros constituem-se nos actores privilegiados para desenvolver, concretizar e dar força ao cuidar. Afirmámos que actualmente nos encontramos perante o emergir da concepção holística da pessoa, na qual o enfermeiro reconhece a pessoa como um todo numa perspectiva de crescimento e de desenvolvimento, e neste contexto, a prestação de cuidados de enfermagem deverá ser centrada na pessoa. Ressaltámos que o cuidar em enfermagem deverá dirigir-se sempre à pessoa na sua globalidade em interacção constante com o meio ambiente e com o seu semelhante, em contínua mudança, proporcionando-lhe acompanhamento afim de a ajudar a encarar todas as mudanças com que se possa confrontar.

Por último abordámos os cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde, e a perícia no desempenho profissional do enfermeiro, em que nos incidimos no modelo de Aquisição de Perícia de Stuart e Hbert Dreufus aplicado à enfermagem (Benner, 1995).

Por último, no Capítulo III, abordámos o envelhecimento demográfico em Portugal na perspectiva de diversos autores que se têm debruçado sobre esta temática, e uma das indicações que ressaltou é a de que a nossa Sociedade está a envelhecer, por um lado, à custa do aumento da esperança de vida, com as pessoas a viverem mais anos, por outro, à custa de uma diminuição acentuada da natalidade. Focalizámo-nos nos aspectos ligados à sociedade e à família face ao envelhecimento, e nos serviços de saúde face às pessoas idosas

Conceptualizámos a pessoa e o processo de envelhecimento, o qual é condicionado por factores intrínsecos (factores genéticos e hereditários) e factores extrínsecos (estilos de vida, estado nutricional, ambiente, actividades, sistema de saúde, educação).

Abordámos, por último, o contexto e o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem às pessoas idosas que podem objectivar-se de diferentes maneiras, mas devem ter sempre em conta que cada pessoa é única e irrepetível. Neste ponto, focalizámo-nos na problemática que o envelhecimento coloca à enfermagem, sobre algumas orientações para os cuidados de enfermagem à pessoa idosa

PARTE II
A ENFERMAGEM E A PESSOA IDOSA

PARTE II

A ENFERMAGEM E A PESSOA IDOSA

A segunda parte deste trabalho está organizada por dois capítulos: Capítulo IV – Trabalho Empírico e Metodologia, e Capítulo V – Caracterização, Apresentação e Análise dos Dados.

No Capítulo IV – Trabalho Empírico e Metodologia, abordaremos os fundamentos da abordagem metodológica e do tipo de estudo, os sujeitos do estudo, e os procedimentos utilizados na recolha e na análise dos dados.

No Capítulo V – Caracterização, Apresentação e Análise dos Dados, iniciamo-lo com a caracterização dos sujeitos do nosso estudo, seguindo-se uma apresentação e descrição dos dados, onde faremos uma síntese de todas as entrevistas. A análise dos dados, cujos temas foram encontrados a partir dos objectivos do nosso estudo e dos discursos dos sujeitos, será feita recorrendo à nossa compreensão tendo por base o enquadramento teórico e a opção metodológica.

CAPÍTULO IV

TRABALHO EMPÍRICO E METODOLOGIA

Introdução ao Capítulo IV

Após o enquadramento teórico que contextualiza a questão central da investigação deste trabalho, pretendemos explicitar, neste capítulo, os fundamentos da abordagem metodológica e do tipo de estudo, os sujeitos do estudo, e os procedimentos utilizados na recolha e na análise dos dados.

Assim, começaremos por referir a pertinência pela opção metodologia qualitativa que, por ser cada vez mais considerada como aquela que utiliza métodos capazes de captar os fenómenos de forma holística, nos conduz a um processo capaz obter um acesso à riqueza das experiências dos sujeitos, cuja selecção teve por base critérios por nós pré-definidos.

Nos procedimentos utilizados na recolha dos dados abordaremos e justificaremos o tipo de entrevista a utilizar, o local da realização e a duração das mesmas, assim como os procedimentos utilizados na análise dos dados.

1. Abordagem metodológica

Em qualquer processo de investigação é importante reflectir sobre as opções metodológicas de modo a decidir qual a via que mais se adequa ao estudo em causa.

Assim, e após algumas pesquisas bibliográficas, confrontámo-nos com um movimento de mudança no que diz respeito à utilização de metodologias nas ciências sociais e humanas. Cada vez menos, as ciências sociais e humanas, se deixam dominar por métodos quantitativos emprestados pelas ciências ditas exactas, os quais se vinham a mostrar pouco eficazes. Santos

(1998), afirma mesmo que o rigor científico, fundado no rigor matemático, é um rigor que ao quantificar desqualifica, que ao objectivar os fenómenos, degrada-os, e que ao caracterizar os fenómenos, caricaturiza-os. Morin (s/d: 36) citando Pascal, refere-nos que *“é impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, como é impossível conhecer o todo sem conhecer particularmente as partes”*.

A abordagem qualitativa é cada vez mais considerada como aquela que utiliza métodos capazes de captar os fenómenos de forma holística, e que pode contribuir para a compreensão desses mesmos fenómenos no seu contexto; é a inquirição que solicita um conhecimento abrangente, associado a uma compreensão e interpretação cuidada, precisa e profunda dos fenómenos relacionados com as relações das pessoas entre si e o ambiente (Leininguer, 1985; Watson, 1988; Patton, 1990; Polit e Hungler, 1995).

A investigação qualitativa *“identifica as características e o significado das experiências humanas descritas pelos sujeitos e interpretados pelo investigador em diferentes níveis de abstracção”* (Parse, 1985, p. 3); é, pois, um tipo de investigação que pretende captar em profundidade, detalhe e especificidade, os fenómenos que se pretendem estudar; procura-se o sentido dado à experiência vivida (Basto, 1998).

Contudo, o importante é reconhecer a presença de rigor metodológico em ambas as abordagens metodológicas e não pensarmos ou referirmos um maior rigor de uma abordagem em relação a outra, pois a escolha do paradigma³² que vai guiar a investigação deverá depender da finalidade e do problema a estudar (Basto, 1998).

³² Na investigação em enfermagem estamos em presença de dois paradigmas: o positivista – *“caracterizado por considerar as teorias como forma de clarificar uma realidade pré-existente, pelo que as hipóteses precedem e guiam o confronto empírico, seguindo um pensamento dedutivo. A metodologia utilizada é geralmente quantitativa”*, e o construtivista – *“caracterizado por considerar as teorias como forma de tornar a experiência intelegível, procurando o sentido dado à experiência vivida e a compreensão da cultura, podendo gerar hipóteses, seguindo um pensamento indutivo. A metodologia é geralmente qualitativa”* (Basto, 1998, p. 28),

Diferentes autores têm vindo a tecer algumas críticas à validade e fidelidade da investigação qualitativa. Mas, este problema não deverá colocar-se, pois os critérios usados na investigação qualitativa não podem nem devem ser os utilizados na investigação quantitativa, pois, *“validade em investigação qualitativa refere-se à obtenção de conhecimento e compreensão da verdadeira natureza, essência, significados, atributos e características de um fenómeno particular sobre estudo. A medida não é a finalidade, mas antes conhecer e compreender o fenómeno”* (Leininguer, 1985, p. 68).

1.1. Abordagens metodológicas em enfermagem

Em enfermagem temos vindo a assistir, também, a um crescente interesse pelas metodologias qualitativas, pelo contributo dos seus resultados no desenvolvimento e na evolução da profissão, sendo os estudos exploratórios os mais utilizados na construção do conhecimento em enfermagem.

Hesbeen (2000, p. 156) considera que *“as investigações exploratórias são as que devem permitir analisar, com vista a uma maior compreensão, as situações de cuidados caracterizadas pela interacção dos profissionais de cuidados e dos beneficiários dos cuidados”*.

De facto, nos últimos anos temos assistido a uma mudança significativa no pensamento da enfermagem; *“de uma orientação dualista, reducionista, lógico-dedutiva, quantitativa e orientada para o tratamento e para o diagnóstico da doença; para uma orientação humanista, existencialista, holística, subjectiva, intuitiva, fenomenológica e com base na experiência humana”* (Magão, 1992, p. 41). Importa clarificar que nesta orientação, cada pessoa é um ser permanentemente em devir, numa perspectiva de crescimento e desenvolvimento, e que experiencia a sua realidade, cuja experiência pode ser partilhada, mas é a própria pessoa que a experiencia, que a interpreta e que lhe dá significado.

Para Watson (1988, p. 45), qualquer pessoa é um ser multidimensional “capaz de transcender a própria natureza ainda que fazendo parte dela”; é um ser no mundo, que se percepção, que está em continuidade no tempo e no espaço, e que vive experiências, que na sua totalidade, constituem o campo fenomenológico³³ único e subjectivo de cada pessoa. Daí que na investigação qualitativa não esteja presente a generalização dos resultados a grupos não investigados, mas tão somente a comparabilidade e a translaticidade³⁴ desses resultados, conforme nos refere Almeida (1996), citando Goetz e Lecompte (1984).

Contudo, para Morse (1999), a investigação qualitativa é generalizável, porque cada sujeito é seleccionado intencionalmente e, pela sua participação, vai contribuir para a teoria emergente. Para a mesma autora, é essa selecção que assegura que a teoria seja compreensiva e completa, e o conhecimento que daí possa advir, ajustar-se a todos os cenários identificados numa população maior.

1.2. Tipo de estudo

Ao pretendermos estudar como se formam os enfermeiros, na sua prática profissional, para cuidarem de pessoas idosas, julgamos poder optar por um estudo desta natureza, utilizando uma abordagem qualitativa, o que vai permitir um acesso à riqueza das experiências dos sujeitos do estudo.

³³ “É o quadro de referência da pessoa que advém da totalidade das experiências vividas (...). Inclui tudo quanto a pessoa já foi, como é actualmente, e como poderá vir a ser. Engloba a percepção que tem de si própria e dos outros, bem como os sentimentos, pensamentos, sensações físicas, crenças espirituais, desejos, objectivos e expectativas” (Watson, 1988, pp. 55-56).

³⁴ A comparabilidade e a translaticidade dos resultados estão associadas à possibilidade dos mesmos, face à explicitação que se faz dos procedimentos usados, dos constructos teóricos e dos contextos estudados poderem ser usados por comparação para análise, compreensão e mesmo estudo de contextos semelhantes ou diferentes Almeida (1996). A mesma autora, referindo-se a Goetz & Lecompte (1984), diz-nos que a comparabilidade e a translaticidade dos resultados requerem a utilização de uma terminologia standard, e uma identificação explícita das características dos fenómenos e grupos estudados, bem como dos constructos

Para Leininger (1985) e Patton (1990), este tipo de estudo permite obter conhecimentos detalhados das experiências humanas, sob a perspectiva dos participantes na situação, o que está de acordo com os objectivos da pesquisa a que nos propusemos, pois *“os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a experiência humana tal como ela é vivida e tal como ela é definida pelos seus próprios actores”* (Polit e Hungler, 1995, p. 270). Para os mesmos autores, a pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística (preocupada com os indivíduos e com o seu ambiente em todas as suas complexidades) e naturalista (sem qualquer limitação ou controlo impostos ao investigador).

Sendo o objectivo da investigação qualitativa o de melhor compreender o comportamento e a experiência das pessoas (Bogdan e Biklen, 1994), torna-se necessário questioná-las acerca das suas experiências e percepções (Patton, 1990).

Julgamos importante salientar que este estudo partilha da visão de que a experiência vivida, pelas pessoas, é o foco de atenção e a existência considerada uma questão de estar no mundo; *“as pessoas estão ligadas aos seus mundos e só são compreensíveis nos seus contextos. Não pensam, sentem e agem em vazios, é sempre uma questão de relações com coisas, pessoas, acontecimentos e situações”* (Magão, 1992, p. 39).

Será, pois, neste contexto que abordaremos a formação experiencial, através do significado e expressões que serão conferidos pelos enfermeiros na prestação de cuidados de enfermagem às pessoas idosas. Os dados recolhidos serão predominantemente descritivos e o significado que os enfermeiros irão dar a essa experiência será o foco de atenção do investigador

1.3. Sujeitos do estudo

Na investigação que nos propomos realizar interessa-nos a selecção de casos com um manancial de informação rico e útil, pelo que os sujeitos não são seleccionados aleatoriamente, mas sim em função da quantidade e qualidade da informação que nos poderão fornecer; pois estes estudos são, na maioria das vezes, conduzidos por amostras pequenas (Patton, 1990; Polit e Hungler, 1995).

Neste tipo de estudo, não se apela a uma fundamentação matemática ou estatística, pois ela far-se-á, essencialmente, em função de critérios por nós pré-definidos. Pois, atendendo à profundidade do estudo, não esperamos a sua generalização, mas sim a sua compreensão.

Assim sendo, na selecção dos sujeitos tivemos em conta os critérios abaixo indicados que, com base na problemática a estudar, permitiram seleccioná-los como *“particularmente conhecedores das questões que estão sendo estudadas”* (Polit e Hungler, 1995: 148).

Foram definidos os seguintes critérios:

- ser enfermeiro há mais de 5 anos no serviço;
- gostar de pessoas idosas;
- gostar de partilhar a experiência profissional com pessoas idosas;
- autorizar a gravação áudio da entrevista;
- enfermeiros considerados peritos pelos seus pares (obedecendo aos critérios definidos por Benner e Wrubel (1989) para os enfermeiros peritos. Para estas autoras é a prática dos peritos que nos abre novos conhecimentos, novas áreas de interrogações e novos entendimentos).

Antes de partirmos para a selecção dos sujeitos, pedimos autorização, para a aplicação do instrumento de colheita de dados, à Direcção de

Enfermagem do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, que nos foi concedida. De seguida contactámos o Enfermeiro Director do referido Hospital com o objectivo de nos indicar os serviços de internamento onde predominam pessoas idosas. Foram-nos indicados os Serviços de Medicina I e II e Serviço de Cardiologia.

Posteriormente foram contactados os Enfermeiros Chefes dos referidos serviços para, de acordo com os critérios de selecção dos sujeitos, indicarem os enfermeiros que participariam no estudo. Foram indicados 7 enfermeiros dos 42 que desenvolviam a sua actividade profissional à data do início da realização do estudo nos três serviços já referidos (Setembro de 2000).

2. Procedimentos utilizados na recolha de dados

Considerando o objecto de estudo, os objectivos definidos e a problemática construída, julgamos ser a entrevista semi-estruturada a técnica mais adequada para a recolha da informação. Este tipo de entrevista permite uma determinada flexibilidade para nos centrarmos e aprofundarmos as áreas temáticas, assim como clarificar ou explorar determinados aspectos do diálogo por nós considerados relevantes. Para Patton (1990) e Quivy (1992), este tipo de entrevista possibilita o acesso às vivências e às experiências relatados pela pessoa entrevistada.

A entrevista, enquanto técnica de colheita de dados, é considerada técnica adequada na obtenção de informações acerca do que sabem as pessoas, crêem, sentem, fizeram, fazem, desejam, pretendem fazer, bem como explicações ou razões a respeito de situações precedentes (Gil, 1991). A entrevista é uma conversa que permite ao investigador entrar na perspectiva do entrevistado: permite *“explorar, aprofundar e clarificar determinado tema no decurso da entrevista, num determinado estilo de diálogo, fluído e centrado no tema pré determinado”* (Patton, 1990, p. 283). O entrevistado deverá adoptar

um comportamento de aceitação e de interesse pelo que o entrevistado vai dizendo.

Para a condução das entrevistas valemo-nos de um guião com perguntas abertas de forma a permitir ao entrevistado um relato do que pensava e sentia na sua própria linguagem (Patton, 1990).

As entrevistas decorreram de Setembro a Novembro de 2000, na sala de formação do Hospital, fora do local e tempo de serviço das enfermeiras, o que proporcionou ambiente calmo e sem perturbações, e tiveram a duração aproximada de 45/60 minutos.

Durante as entrevistas foi possível explorar e clarificar os discursos (Patton, 1990) e, evitando qualquer juízo de valor, procurámos manter um clima favorável às expressão das vivências dos entrevistados.

A reflexão que fizemos acerca dos conteúdos subjacentes à pergunta central da investigação, levou-nos no imediato, à necessidade de nos reportarmos a outras perguntas que acabaram por constituir o guião da entrevista, que segue em anexo.

3. Procedimentos utilizados na análise dos dados

De forma a facilitar a compreensão e a apresentação de toda a informação recolhida optámos pela *análise de conteúdo* que, a par de ser a técnica prioritariamente usada na investigação qualitativa, nos pareceu ser a que mais se adequava ao tipo de estudo a que nos propusemos realizar.

A análise de conteúdo é para Bardin, (1977, p. 38), “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens*” cuja intenção “*é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou*

eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)”.

A análise de conteúdo possibilita reunir, organizar e classificar dados, permitindo mostrar a importância atribuída pelos sujeitos aos temas estudados, e *“permite efectuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens, cujas características foram inventariadas e sistematizadas”* (Vala, 1986. p. 104).

As transcrições das entrevistas, que constituirão o «corpus» de análise, ou seja o conjunto de documentos a serem submetidos aos procedimentos analíticos (Bardin, 1977), foram sendo tratadas tendo por base os objectivos do nosso trabalho, assim como os discursos dos sujeitos, o que nos permitiu chegar à construção dos temas.

As oito entrevistas foram analisadas tendo em conta as linha orientadoras do nosso estudo e os passos recomendados por Watson, (1988)

Assim, a partir da gravação áudio, fomos transcrevendo integralmente os registos de todas as entrevistas. De seguida, e numa primeira análise, começámos por ler e reler cada uma das entrevistas com o objectivo de obtermos o sentido do todo e avaliarmos, na globalidade, o grau de adequação dos dados obtidos aos objectivos do nosso estudo.

Posteriormente, ao fazemos uma nova leitura de cada entrevista, fomos sublinhando frases que à partida, poderiam constituir-se como unidades de significação³⁵ e os temas em que poderiam inserir-se, conforme nos refere Watson (1988, p. 83), ou categorias como preconizado por Tesch (1990) e Bogdan e Biklen (1994). Esta segunda leitura teve por objectivo encontrar depoimentos significativos, tais como frases e afirmações, que pudessem estar relacionados com a temática em tudo.

Para tornarmos mais perceptível a mensagem corrigimos algumas formas gramaticais tal como preconizado por Bogdan e Biklen (1994). Depois rejeitámos alguns conteúdos dispensáveis à investigação, e assinalámos outros que, embora pudessem estar relacionados de forma indirecta com o nosso estudo, foram seleccionados para a discussão dos dados. Pontualmente foram colocadas algumas palavras entre parêntesis rectos [] que, embora sem alterar o sentido, nos ajudaram a uma melhor compreensão do significado dos segmentos de texto.

Questionámos cada unidade de significação quanto à sua relevância para o fenómeno em estudo e para a enfermagem. De seguida, confrontámos as unidades de significação de cada entrevista, procurando as diferenças e as semelhanças entre todas elas, reduzindo-as àquelas que, de alguma forma, caracterizavam a experiência dos entrevistados.

Posteriormente, inserimo-nos na experiência descrita pelos sujeitos dando particular atenção às frases chave que as descreviam, e interpretámos o significado dessas frases, de modo a obtermos o sentido das interpretações. Neste percurso, usámos livremente a nossa imaginação, procurando encontrar-lhes a sua essência, isto é, se as unidades de significação expressas pelos enfermeiros apreendiam a essência do fenómeno. Por último integrámos as unidades de significação num todo, de modo a formarmos a estrutura do fenómeno.

A validação, que achamos pertinente fazer, aconteceu quando, na fase do processo de análise dos dados; submetemos à apreciação das enfermeiras participantes no estudo, a compreensão das unidades significativas. Estas exprimiram a sua opinião sem, contudo, alterarem quer os constituintes das unidades de significação, quer a sua compreensão.

³⁵ A unidade de significação é o que constitui a unidade de registo e *“corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização”* (Bardin, 1977; p. 104).

A teoria de Jean Watson, a par de outros autores, foi uma referência constante ao longo deste estudo, contudo, a discussão dos dados foi feita tendo em consideração os grandes temas encontrados e não seguimos nenhum esquema conceptual de análise de dados.

Foi, portanto, partir dos objectivos do nosso estudo e dos discursos dos sujeitos que encontrámos os grandes temas em que se inseriram as unidades de significação, e que foram os seguintes:

- Factores que contribuíram para gostar de pessoas idosas
- Cuidar de pessoas idosas
- Recursos formativos mobilizados

A apresentação e a análise destes temas será feita no capítulo seguinte.

Conclusão do Capítulo IV

Procurámos, neste capítulo, explicitar a opção pela metodologia qualitativa, enfatizando, não só as suas características, mas também, a sua pertinência neste tipo de estudo, pois permite obter conhecimentos mais detalhados das experiências humanas. Para além de descrevermos o tipo de estudo que nos propusemos realizar, referimo-nos também, aos sujeitos do estudo; a intencionalidade da selecção, atendendo aos critérios de inclusão.

Por último, descrevemos os procedimentos utilizados na recolha dos dados. Na análise dos dados justificámos a opção pelo análise de conteúdo, assim como os passos dados até ao encontro dos temas.

CAPÍTULO V

CARACTERIZAÇÃO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Introdução ao Capítulo V

Neste capítulo, faremos a caracterização dos sujeitos, a apresentação, a descrição, e a análise dos dados. A análise dos dados será feita recorrendo à nossa compreensão tendo por base o enquadramento teórico e a opção metodológica, e os discursos dos sujeitos. Para além de recorrermos, por vezes, a citações dos sujeitos do estudo, recorreremos também, a autores referidos no enquadramento teórico que contribuíram para compreender a análise.

1. Caracterização dos sujeitos

Pelo quadro que se segue podemos caracterizar os sete sujeitos do nosso estudo. Identificámo-los por ordem alfabética e não mencionámos o serviço de onde são originários, mas apenas que desenvolvem a sua actividade nos serviços de Medicina e de Cardiologia. Por último referimos a idade dos participantes, bem como o tempo de serviço na profissão. Todos os participantes eram enfermeiros³⁶ nos respectivos serviços há mais de cinco anos.

Nome	Serviço	Entrevista	Idade	Anos de serviço
A	Serviços de Medicina e de Cardiologia	E A	42	20
B		E B	38	12
C		E C	31	09
D		E D	35	10
E		E E	35	11
F		E F	42	20
G		E G	28	06

QUADRO N.º 1 – Caracterização dos sujeitos do estudo.

³⁶ Quando falamos de enfermeiros estamos a referir-nos a ambos os sexos.

2. Apresentação e descrição dos dados

A apresentação e a descrição dos dados far-se-á com uma primeira análise de todas as entrevistas, constituindo-se, assim, como uma síntese das sete entrevistas.

2.1 Síntese da entrevista de A

A tem 42 anos de idade e 20 anos de profissão. No seu percurso profissional evidencia-se um processo que vai da imposição ao gosto como é evidenciado pelo Quadro 1 em anexo. Ao longo deste processo desenvolveu estratégias para gostar de trabalhar com pessoas idosas, como, por exemplo no modo de estar e de lidar com essas pessoas. Hoje gosta de trabalhar com pessoas idosas pelo que aprende com elas em termos pessoais e profissionais, e cuja prática profissional a tem ajudado a cuidar destas pessoas.

Relativamente ao modo como vê a pessoa idosa, esta enfermeira considerava a Medicina um armazém de velhos, mas hoje considera-a um serviço com pessoas com uma grande experiência de vida. No entanto, percepciona que as pessoas idosas se sentem isoladas e excluídas e que são votadas ao abandono pela família e pela sociedade, chegando muitas delas a preferirem ficar no Hospital quando têm alta, e isto porque no Hospital têm sempre alguém por perto. Refere também, os problemas com que a família se debate actualmente para não poder cuidar dos seus familiares idosos. Interioriza e alerta-nos para a necessidade de estarmos atentos à diminuição da acuidade auditiva e visual que pode acontecer nestas pessoas e para a necessidade de lhes disponibilizarmos mais tempo para executarem as suas tarefas.

Cuidar de pessoas idosas era para **A** cuidar de alguém que ia morrer e que já não havia mais nada a fazer, hoje, por trabalhar neste serviço, considera que é cuidar de alguém que tem muito para dar só que, por vicissitudes várias, pode necessitar de ajuda. Hoje sente-se satisfeita por trabalhar com pessoas

idosas, e presente, também, satisfação nestas pessoas quando as envolve no processo de cuidados, porque tanto as ajuda a viver a morte, como as ajuda a viver a vida.

Quanto aos recursos formativos mobilizados, considera a pessoa idosa um recurso formativo, porque com ela aprende a cuidar deles e dos outros e, por trabalhar no serviço de Medicina, aprendeu que as pessoas idosas têm uma grande experiência de vida. Referiu, também, o que aprendeu com situações de cuidados, que lhe têm servido para em situações idênticas mobilizar esses conhecimentos. A troca de experiências com os colegas e a mobilização de leituras, assim como as experiências das pessoas idosas, estiveram presentes no seu discurso, como contributos para o seu processo de formação.

2.2 Síntese da entrevista de B

B tem 38 anos de idade e 12 anos de profissão. Considera as suas vivências da infância, particularmente com os avós significativas para gostar de pessoas idosas, referindo ter sido fundamental o que recebeu na infância para gostar de cuidar de idosos. Faz, também, referência a um estágio em geriatria aquando do curso de enfermagem para gostar de pessoas idosas e querer trabalhar com elas.

Vê a pessoa idosa como uma pessoa com uma grande experiência de vida pronta a partilhar, e caracteriza-as como pessoas com ternura, com serenidade, com personalidades muito próprias, e que não vivem a vida de forma tão apressada. Refere algumas atitudes que encontra, por vezes, na pessoa idosa como fazerem birras e cenas de ciúmes como as crianças, de serem, por vezes egoístas, de não encontrarem alternativas e deixarem de viver. Também refere um outro grupo de pessoas idosas que têm outras preocupações fazendo coisas que ainda não tiveram oportunidade de fazer, e aceitam pertencer a esta nova etapa da vida. Chama-nos, também, à atenção para o impacto que pode causar na pessoa idosa as nossas atitudes e

comportamentos, positivos ou negativos, adotados em relação a elas. Por último, constatámos que por trabalhar com pessoas idosas consciencializa-se do processo de envelhecimento, referindo-a como importante para perceber e aceitar a pessoa idosa.

Ao cuidar de pessoas idosas percebe-se que o pouco que lhes fazemos parece sempre muito para elas, e sente-se bem por trabalhar com estas pessoas quando as vê sorrir e a preocuparem-se consigo próprias. Refere a importância que tem, para a prestação de cuidados, o conhecimento da pessoa na sua globalidade, e diz-nos que a forma como nós lidamos com o corpo do outro pode ter repercussões positivas ou negativas tanto para a pessoa como para o enfermeiro.

Quanto aos recursos formativos mobilizados, considera a pessoa idosa um recurso formativo porque aprende com ela em termos humanos e profissionais e contributos para o seu desenvolvimento pessoal, como por exemplo, a encarar a vida com maior serenidade e a morte com outra serenidade. Aprendeu, também, que estando envolvidos no processo de cuidados, as pessoas idosas ajudam-na a prestar cuidados como ela gostaria que um dia lhe prestassem. Por trabalhar num serviço com pessoas idosas aprendeu a estar atenta ao processo de envelhecimento; a aperceber-se dos fenómenos de mudança que, entretanto, vão surgindo ao longo desse processo. Referiu o que aprendeu com situações de cuidados, as quais lhe serviram para em situações idênticas mobilizar esses conhecimentos, particularmente no quanto foi importante para a pessoa a quem estava a prestar cuidados, respeitar a sua intimidade. A troca de experiências com os colegas e a mobilização de leituras, assim como as experiências das pessoas idosas, estiveram presentes no seu discurso, como contributos importantes para o seu processo de formação.

2.3 Síntese da entrevista de C

C tem 31 anos de idade e 9 anos de profissão. Considera as experiências vividas na infância, assim como a presença dos avós como prováveis influências para gostar de pessoas idosas. Contudo, refere que sempre teve melhor comunicação com as pessoas idosas do que com as mais novas. Refere-nos também, algumas características pessoais como o gostar de ouvir, de escutar, e o seu modo de estar e de agir como importantes para gostar de pessoas idosas. A formação escolar durante o curso de enfermagem, também teve preponderância marcada para gostar de pessoas idosas referindo que foi a partir dali que tomou consciência de quer trabalhar com pessoas idosas.

Considera a pessoa idosa uma pessoa com muita experiência e desprendida de coisas e de valores materiais, e relata-nos muitas características que observa na pessoa idosa, como por exemplo: gostarem de ouvir e de serem ouvidos e serem facilmente encaminhados, de alguns gostarem de ser paparicados, mas só quando estão doentes, que encaram melhor a doença, que são mais transparentes na doença, dizendo que estão bem quando se sentem verdadeiramente bem, que não gostam de ser tratados como crianças, e que gostam de falar do passado. Refere-nos, também, que a sociedade vê a pessoa idosa como um “coitadinho” e dependente, até mesmo na enfermagem.

Considera que cuidar de pessoas idosas é fazer com a pessoa aproveitando ao máximo as suas capacidades, promovendo-lhes a sua independência. Envolve a família no processo de cuidados de enfermagem, com o objectivo de saber até onde pode envolver a pessoa idosa, olhando para esta como pessoa na sua globalidade.

Com a pessoa idosa aprendeu que tem de lhes mostrar muita experiência, e a perceber que eles notam se o enfermeiro é inexperiente. Por trabalhar num serviço onde predominam pessoas idosas, aprendeu que as

peessoas idosas não gostam de ser abordadas de forma brusca, não gostam de ser tratados como crianças, nem tratados com diminutivos, gostam que se lhes explique o que lhes estamos a fazer, e gostam que o enfermeiro fale com a família. Referiu, ainda, que a experiência profissional a tem ajudado a arranjar mecanismos para lidar com as pessoas idosas, a cuidar delas e a mostrar-lhes segurança. Relata-nos uma situação de cuidados de enfermagem e o que aprendeu com essa situação. A mobilização de leituras, a formação programada, assim como a experiência profissional, estiveram presentes no seu discurso, como contributos para o seu processo de formação.

2.4 Síntese da entrevista de D

D tem 35 anos de idade e 10 anos de profissão. Refere ter tido uma ligação muito forte com os avós na infância, e que foi uma avó quem praticamente cuidou dela. No seu percurso profissional decide trabalhar no serviço de Medicina por vontade própria, por ter tido um estágio satisfatório nesse serviço e pelo contacto que teve com as pessoas idosas.

Considera a pessoa idosa uma pessoa por quem sente muito carinho, contudo, refere-nos que as pessoas idosas estão indefesas na sociedade e que precisam de muito apoio, porque têm a solidão presente, sofrem, e sentem-se abandonadas. Considera, também, que há familiares de pessoas idosas que para os deixarem no hospital arranjam diferentes estratégias, percebendo daí, a sensação de abandono a que são votadas, pela falta de harmonia e de alegria nestas pessoas e por uma grande dependência em relação ao hospital. Ao lidar com toda esta situação toma consciência do processo de envelhecimento mas com alguma apreensão.

Sente-se bem pelo trabalho que desenvolve junto das pessoas idosas e pela percepção que tem da aceitação desse trabalho, por estas pessoas. Sente-se valorizada quando pressente que fez bem as coisas.

Considera a pessoa idosa um recurso formativo, porque aprende muito com ela. Considera, também, a experiência profissional como importante no desenvolvimento e na aquisição de conhecimentos. A troca de experiências com os colegas e a mobilização de leituras, assim como as experiências com as pessoas idosas, estiveram presentes no seu discurso, como contributos para o seu processo de formação.

2.5 Síntese da entrevista de E

E tem 35 anos de idade e 11 anos de profissão. Tem desenvolvido o gosto pelas pessoas idosas ao longo do seu percurso profissional, referindo que a experiência profissional foi-lhe marcando para gostar de prestar cuidados às pessoas idosas.

Considera a pessoa idosa uma pessoa com um grande saber vivenciado, com uma grande experiência da vida, que nos pode ensinar muito. Percepciona a solidão como uma presença nas pessoas idosas, que são vistas como inúteis, rejeitadas e postas de lado. Refere-nos a falta de apoio familiar e social para estas pessoas quando têm alta hospitalar. Diz-nos, também, que ao encarar o processo de envelhecimento, e ao encarar a sua própria velhice vê as pessoas idosas de outro modo, a cuidar delas como gostaria de ser cuidada.

Cuidar de pessoas idosas é manter uma relação de ajuda, é fazê-las viver e a terem gosto pela vida, olhá-las como pessoas na sua globalidade e fazer com que elas nos falem dos seus problemas para assim chegarmos aos seus verdadeiros problemas, e como as vamos ajudar a ultrapassá-los.

Considera a pessoa idosa um recurso formativo pelo que aprende com elas. Aprende com elas a cuidar delas, a perceber os seus problemas, e a perceber que a solidão está presente em muitas delas. Refere-nos que a experiência profissional a tem ajudado a desenvolver e a adquirir conhecimentos para perceber melhor os problemas das pessoas idosas, a fim de melhorar a prestação de cuidados de enfermagem. A troca de experiências

com os colegas e a mobilização de leituras, assim como as experiências com as pessoas idosas, estiveram presentes no seu discurso, como contributos para o seu processo de formação. Referiu, também, o que aprendeu com uma situações de cuidados.

2.6 Síntese da entrevista de F

E tem 42 anos de idade e 20 anos de profissão. Evidencia a educação que teve na infância, assim como as vivências com os avós para gostar de pessoas idosas. No seu percurso profissional refere-nos que pelo facto de estar com pessoas idosas tem a sensação de que o tempo lhe passa mais depressa.

Considera que a pessoa idosa necessita de muito apoio pelas carências (afectivas, físicas, sociais) que apresenta; é uma pessoa que já se reformou e cuja reforma é entendida como um objectivo de vida. Também verbalizou alguns características que identifica na pessoa idosa como gostarem de ser acarinhados e de conversar e de saberem o que querem. De viverem bem todos os momentos da vida e, se tem os seus objectivos concluídos serem serenos, calmos, e aceitarem o enfermeiro como amigo, mas se não concluíram os seus objectivos e tiverem a sensação de que o tempo lhes falta podem estar numa fase de negação por contingências da própria doença. São pessoas sinceras, têm mais confiança nos enfermeiros do que noutras pessoas e são mais transparentes, o que leva os enfermeiros a perceberem mais depressa as suas necessidades e, estando conscientes orientados e lúcidos, enfrentam melhor os problemas físicos. Percepciona, também, o sofrimento e o abandono a que são votadas, pela família, as pessoas idosas.

Considera que cuidar da pessoa idosa é cuidar com maior afectividade e com maior empatia para a qualidade de vida; é um cuidado mais sereno, com mais tempo, tendo em conta as preferências da pessoa e a individualização dos cuidados. Sente-se bem pelo trabalho que desenvolve junto das pessoas idosas.

Considera a pessoa idosa um recurso formativo, porque aprende com elas. Considera-as detentoras de experiências e de conhecimentos, e por isso aprende com as suas experiências, e que vai alternando as suas atitudes e os seus comportamentos com o que vai aprendendo com as pessoas idosas. Com elas aprendeu a cuidar de pessoas idosas e a ver a vida de forma mais serena. Aprendeu que a pessoa pode manifestar o que sente de maneira diversa: se está agitado pode ter dores ou febre, se referir dores pode ser devido à ausência do filho. A experiência profissional ajuda-o a adquirir conhecimentos sobre a pessoa idosa e a alterar a sua maneira de ser perante situações que lhe possam surgir. A mobilização de leituras, assim como cursos de formação, estão presente no seu discurso como contributos para o seu processo de formação.

2.7 Síntese da entrevista de G

G tem 28 anos de idade e 6 de profissão. No seu percurso profissional evidencia-se um processo que vai da imposição ao gosto, cujo percurso, com estas pessoas, a ajuda a gostar de trabalhar com pessoas idosas.

Considera a pessoa idosa uma pessoa que tem muita idade, pessoa que necessita de muito carinho. Caracteriza-as como exigentes em termos de trabalho, que são dependentes como os bebés, quando estão dependentes. Recordam o passado e falam mais à vontade da morte, e envolvem-se mais com os aspectos religiosos. Percepciona o abandono a que são votadas porque julga que há muito o pensamento de que a pessoa por estar no fim de vida não tem muita utilidade.

Cuidar de pessoas idosas é conversar, conhecer, partilhar, e ajudar as pessoas. No entanto sente-se insatisfeita pelos resultados que, por vezes, obtém porque a pessoa morre.

Considera a pessoa idosa um recurso formativo porque aprende com ela. Com a pessoa idosa obteve contributos para o seu desenvolvimento pessoal e profissional e contributos para perceber a velhice. Refere-nos que a

experiência profissional a tem ajudado a comunicar, a desenvolver novas atitudes para com a pessoa idosa, a reflectir sobre as situações e a estar atenta a novas situações que possam ser idênticas. Por trabalhar num serviço onde predominam pessoas idosas aprendeu que estas percepçionam a sua morte e, com uma situação de cuidados de enfermagem, aprendeu a estar atenta ao que a pessoa poderá querer da pessoa de cada enfermeiro. A frequência de acções de formação assim como a troca de experiências com os colegas estiveram presentes no seu discurso, como contributos para a sua formação.

3. Análise dos dados

A análise dos dados será feita tendo por base os temas encontrados nos discursos dos sujeitos: os factores que contribuíram para gostar de pessoas idosas, cuidar de pessoas idosas, e recursos formativos mobilizados,

3.1 Factores que contribuíram para os enfermeiros gostarem de pessoas idosas

*Tomar consciência de si mesmo
é o processo mais importante
que acontece
na vida de uma pessoa*

G. Allport

Numa primeira análise, procurámos identificar quais os factores que influenciaram a pessoa do enfermeiro a querer trabalhar com pessoas idosas. Partimos, então com a questão sobre o que os levava a prestar cuidados de enfermagem às pessoas idosas. Pretendíamos saber que acontecimentos ou situações, os enfermeiros, ao longo da sua vida pessoal e profissional, consideravam marcantes para gostarem de pessoas idosas, e para gostarem de trabalhar num serviço onde predominam pessoas idosas.

Neste tema são evidenciados os diferentes factores que podem estar directa ou indirectamente relacionados com o facto dos enfermeiros gostarem de pessoas idosas.

As vivências da infância no que diz respeito à educação recebida na infância, foram significativas para gostar de pessoas idosas, como demonstram os discursos de alguns enfermeiros:

“(...) a minha ligação com os idosos tem a ver com a minha infância, com aquilo que eu vivi na infância. (E B, p. 1) / (...) é fundamental aquilo que se recebe na infância para cuidar de idosos, (E B, p. 7)”

“Desde criança sempre gostei mais de lidar com os idosos; sempre tive melhor comunicação com eles do que com os mais novos. (E C, p. 1)”

“(...) além da educação cristã, (...) educação moral, a educação familiar (...) aquela deferência que nós tínhamos pelos mais velhos, (...) essa educação vai influenciar tudo o que vem a seguir. (...) quando chegamos para cuidar de um idoso temos toda a bagagem atrás, uma maneira de ser, um comportamento e uma atitude que foi ficando durante estes anos (...) (E F, p. 4)”

Os discursos anteriores no que se prende com a importância das suas vivências na infância, foram complementados com a importância dada à presença dos avós:

“(...) comecei a viver muito cedo (...) uma ligação muito forte com os meus avós, (E B, p. 1) / (...) a proximidade com que as crianças estão com os seus avós, (...) pode ser muito benéfica, (...) estabelece-se uma relação com os avós que (...) perdura pela vida fora e acho que a minha atitude (...) tem muito a ver com a relação que eu estabeleci com os meus avós na infância. (E B, p. 7)”

“(...) na minha infância tive os meus avós sempre presentes, (...) Tive sempre o acompanhamento dos meus avós e se calhar isso foi significativo. (E C, p. 1)”

“Eu tive uma avó que eu gostava muito e que me deu muito apoio quando eu era criança, ela praticamente é que cuidava de mim, (...) não sei se tem alguma coisa a ver com o passado, (E D, p.1) / (...) tem também muito a ver com a minha vivência antes de eu ser enfermeira, com esta vivência que eu tive com a minha avó, (E D, p. 2)”

“(...) na minha infância tive uma ligação muito forte com (...) os meus avós, (...) um sentimento de respeito, de amizade, de amor, (E F, p. 5)”

A importância dada pelos enfermeiros do nosso estudo às suas vivências³⁷ da infância, com especial incidência as vivências com os avós, parecem ter tido uma importância fundamental para gostarem de pessoas idosas e, por conseguinte, gostarem de prestar cuidados de enfermagem a estas pessoas. Julgamos poder afirmar que foi a tomada de consciência da importância que as vivências da infância, particularmente com os avós, tiveram nas suas pessoas que os leva a gostarem de pessoas idosas.

Para Dominicê (1988, p. 56-57)³⁸ essa tomada de consciência resulta de uma espécie de maturação relacional que permite à pessoa voltar à infância ou à adolescência. Para o mesmo autor, *“as relações familiares influenciam de forma importante as opções tomadas no curso escolar ou a construção da escolha da profissão”*. Contudo, a pessoa *“não tem de descobrir no passado as razões do seu presente”*, o que interessa é que *«construa a sua memória de vida e compreenda as vias que o seu património vivencial lhe pode abrir* (Nóvoa, 1988, p. 125)³⁹, ou que lhe tenha aberto, de modo a vivenciar o passado, compreender o presente e projectar-se no futuro.

Para Erikson (1968), cada pessoa desenvolve-se na Sociedade, por intermédio dos seus padrões de educação da criança e das suas instituições sociais. Nos oito estádios ou fases que explicitam e caracterizam o desenvolvimento psico-social, em termos de identidade, a pessoa pode sair mais reforçada ou fragilizada.

Cloninger, (1999: 153) considera que cada uma das fases propostas por Erikson *“deve ser considerada não apenas do ponto de vista do indivíduo mas também numa perspectiva social. A identidade de um adolescente desenvolve-se em relação aos ideais e valores da geração anterior. Em cada fase as*

³⁷ Neste trabalho, o termo vivência é utilizado não só como uma situação vivida, mas também como algo vivido repleto de um significado que permanece e que a pessoa lhe atribuiu à posteriori. Entre o vivido e a vivência acaba por existir um espaço que é preenchido pela interiorização que a pessoa lhe conferiu (Fidalgo, 1990).

³⁸ Dominicê, P (1988) – O processo de formação e alguns dos seus componentes relacionais. In Nóvoa, António e Finger, Matias (1988) – O Método (auto)biográfico e a formação.

³⁹ Nóvoa, A (1988) – A formação tem de passar por aqui: as histórias de vida no projecto Prosalus.. In Nóvoa, António e Finger, Matias (1988) – O Método (auto)biográfico e a formação.

peças significativas, como membros da sociedade, estão intimamente envolvidas". Contudo, para Dominicê (1988, p. 139)⁴⁰, quaisquer que sejam as fases propostas "a reconstrução da sua dinâmica só pode fazer-se através do exame atento de uma vida, com a ajuda da sua narrativa ou reunido os traços dispersos da sua história. Não existem várias temporalidades; (...) Há uma singularidade de cada história de vida"⁴¹, de cada desenvolvimento, que impede que se considere verdadeira toda e qualquer generalidade que vise a economia desta singularidade". Podemos concluir que mesmo tendo sido as vivências da infância, particularmente com os avós, significativas para gostarem de pessoas idosas, todas foram vivenciadas de forma diferente e é aí que reside a riqueza da unicidade de cada pessoa.

Uma segunda vertente diz respeito à importância da formação escolar, durante o Curso de Enfermagem, para gostar de pessoas idosas.

"(...) tirei o curso, fiz o estágio em geriatria, no lar de idosos, aí fiquei de facto apaixonada pelos idosos, (E B, p. 1)"

"(...) uma parte da formação que nós temos durante o estágio, durante o curso de enfermagem, (...) em que aprendemos bastante, (E D, p.1)"

Podemos, também, constatar a importância que teve o contacto com as pessoas idosas durante o estágio de geriatria, o qual fez com que tomassem consciência de quererem trabalhar com pessoas idosas. Um dos sujeitos do nosso estudo referiu que:

"A formação na escola ajudou-me ainda mais a gostar e a prestar cuidados, a compreender melhor as coisas, a compreender melhor o idoso, em todos os aspectos, (E C, p. 2) / "(...) durante o curso de enfermagem tomei consciência de que estava

⁴⁰ Dominicê, P. (1988) – O que a vida lhes ensinou. In Nóvoa, António e Finger, Matias (1988) – O Método (auto)biográfico e a formação.

⁴¹ Josso considera a história de vida a narração que o sujeito faz sobre a globalidade da sua vida e a abordagem biográfica é a narração que faz, tendo a globalidade da sua vida como contexto, mas centrada numa problemática particular – Josso, C. 1988 – Da formação do sujeito ... ao sujeito da formação. In Nóvoa, António e Finger, Matias (1988) – O método (auto)biográfico e a formação.

mais vocacionada, que me sentia melhor, que gostava mais de prestar cuidados a pessoas idosas (...) (E C, p. 2)".

Para Costa (1998, p. 40) *"a formação dos enfermeiros, nomeadamente em cuidados às pessoas idosas; tem permanecido aquém da mudança social ocorrida (aumento do número de idosos) e da mudança ocorrida nas instituições e nas unidades de saúde, hoje alvo de uma procura mais elevada e exigente, (...)".*

Contudo, e face à formação escolar, Dominicé (1998, p. 58) alerta-nos para que *"as relações descritas nas biografias, no tempo da escolaridade, digam elas respeito aos que ensinam ou aos amigos e colegas, não podem comparar-se às relações familiares. (...) Pertencem mais aos "depósitos" da memória do que ao processo de formação".* De qualquer modo estamos perante um processo de socialização em que se misturaram contextos familiares e escolares. Costa (1998, p. 65) cita Robertson (1991), que referia *"que o gosto dos enfermeiros em trabalhar com pessoas idosas advinha, em primeiro lugar de factores relacionados com a formação inicial, logo seguidos pela experiência agradável de trabalho, realçando, neste aspecto, a autonomia e independência das funções exercidas".*

Uma outra vertente resultou do que ocorreu durante os processos de colocação e de integração nos serviços. Assim, aquando da integração profissional, nem sempre as preferências dos enfermeiros são atendidas no momento das colocações nos serviços de internamento, principalmente se os enfermeiros são recém formados. Muitos acabam colocados em serviços onde predominam pessoas idosas, os quais são muito pouco atractivos para quem está em início de carreira e, também, pela percepção que eles têm quanto à pouca valorização dada aos cuidados a estas pessoas. Buras-Tugendhaft, citado em Honoré (1983, p. 211) refere-nos que *"apesar dos esforços realizados, os serviços de pessoas idosas e o pessoal que neles trabalha são ainda desvalorizados, assim como é desvalorizada a imagem da velhice e dos idosos no nosso tempo".*

No nosso estudo, encontrámos enfermeiros que foram trabalhar com pessoas idosas por imposição e outros que foram por vontade própria.

Os que foram trabalhar para serviços onde predominam pessoas idosas referiram-se a esse facto do seguinte modo:

“Comecei a prestar cuidados a pessoas idosas por imposição, mandaram-me para o serviço de Medicina, (E A, p. 1)”

“(...) acabei o curso não era bem a área em que eu gostaria de trabalhar, mas era o local do Hospital que tinha falta e eu fui para a Medicina (...) (E G, p. 1)”

Os que foram trabalhar com pessoas idosas por vontade própria referiram-se a esse facto do seguinte modo:

“(...) teve a ver com a colocação que me fizeram (...) quando cheguei cá sou colocada na Medicina por vontade própria. (E D, p.1) / (...) eu tinha feito o meu estágio cá e tinha sido um estágio compensador, (E D, p. 2)”

Conforme podemos contactar, alguns dos participantes no estudo começaram a trabalhar em serviços onde predominam pessoas idosas por imposição. Mesmo assim, desenvolvera estratégias para gostarem de trabalhar com estas pessoas, conforme referiu:

“(...) tive de fazer um esforço muito grande da minha parte para começar a trabalhar no serviço de Medicina, (E A, p. 5) (...) tive de mudar no saber estar com eles, em termos de capacidade de trabalho, pois era muito complicado estar a cuidar de pessoas idosas (...) (E A, p. 5)”

As estratégias que desenvolveram tiveram a ver com mudanças que teve de imprimir no *saber estar* com as pessoas idosas e no trabalho que com elas desenvolveu. Em face destas estratégias que foi mobilizando, julgamos estar em presença *“da dinâmica do sujeito enquanto ser psicossomático que, através da multiplicidade das suas aprendizagens, forja em si qualidades e*

competências que são “atributos” que o eu se deu a si próprio no decurso das suas aprendizagens” (Josso, 1988, p. 48)⁴².

Apesar da maioria dos sujeitos do nosso estudo estar a trabalhar em serviços onde predominam pessoas idosas por vontade própria, houve outros em que isso não aconteceu, conforme já referimos. No entanto, estes valorizaram o percurso profissional, com estas pessoas, pelos contributos que tiveram em termos pessoais e profissionais, e que os ajudaram a gostar de pessoas idosas.

“(...) eles [idosos] ajudaram-me (...) a ultrapassar isso, (...) agora já vai muito bem. (E A, p. 1) / (...) comecei a gostar de cuidar de pessoas idosas porque aprendi muito com elas, com a experiência de vida delas. (...) que nos ajuda a melhorar a prestação de cuidados (E A, p. 1)”

“(...) tenho desenvolvido com eles o gosto para cuidar de doentes idosos. (E E, p. 1) / (...) a experiência profissional foi-me muito marcante para gostar de prestar cuidados a pessoas idosas. (E E, p. 2)”

“(...) com o decorrer dos anos eu podia até ter pedido uma transferência de serviço só que comecei a gostar de lidar com pessoas idosas, (E G, p. 1)”

Podemos constatar que foi, também, o contacto directo com as pessoas idosas, que fez com que os enfermeiros, de forma particular os que foram colocados nos serviços por imposição, comessem a gostar de cuidar de pessoas idosas, pelo que aprenderam com elas.

“Quando comecei a trabalhar é que fui criando uns laços diferentes com as pessoas idosas, pois eu não tinha grande contacto nem nada que me ligasse a elas; foi o contacto, a continuação dos cuidados, o convívio com eles, que me apaixonei, (...) acho que foi mesmo o contacto directo com estas pessoas que me fez gostar. (E G, p. 2)”

⁴² Josso, C. (1988) – Da formação do sujeito ... ao sujeito da formação. In Nóvoa, António e Finger, Matias (1988) – O Método (auto)biográfico e a formação.

Como podemos constatar, foi pelo contacto directo com as pessoas idosas, com tudo o que foi acontecendo ao longo da prestação de cuidados de enfermagem, que fez com que o enfermeiro gostasse de pessoas idosas e que não tivesse pedido para sair do serviço.

A satisfação pelo trabalho que desenvolvem com as pessoas idosas também esteve presente nos discursos de alguns sujeitos. Assim, e reportando-nos ao Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus⁴³, podemos afirmar a importância que teve, para os enfermeiros do nosso estudo, as passagens pelos diferentes níveis, em que a passagem de um nível a outro pressupõe a progressiva confiança em princípios abstractos que os levou a mobilizar experiências passadas como paradigmas e a consciencializarem-se das mudanças de percepção e entendimento das exigências de quaisquer situações (Benner: 1995). Aliás, o aprender com a experiência de vida das pessoas idosas foi uma referência constante nos sujeitos do nosso estudo, e que desenvolveram o gosto e pela satisfação em cuidar de pessoas idosas, através do contacto com eles, da continuação dos cuidados, do convívio, e fundamentalmente pela riqueza das suas experiências. A satisfação por trabalhar com pessoas idosas foi relatada do seguinte modo pelos resultados que tem tido no desenvolvimento da vida pessoal e profissional de um dos sujeitos:

“(...) fazendo tudo isto muito mais devagar, com mais serenidade, acabamos por passar um turno de 8 horas (...) mais depressa, a gente nem dá por isso, nem é uma questão de estar ocupado e não ver o tempo a passar, mas é porque muitas vezes temos aquela cavaqueira amena com os velhinhos, (E F, p. 8)

⁴³ Benner, P. (1995) ao pretender salientar a importância que os incrementos na perícia do desempenho, baseados na experiência e na formação, tiveram no desenvolvimento da profissão de enfermeiro, baseou-se neste Modelo que estabelece que na aquisição e no desenvolvimento da perícia, a pessoa passa através de cinco níveis: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. Para a mesma autora, este Modelo aplicado à enfermagem e combinado com uma abordagem interpretativa das práticas de enfermagem, pode oferecer directrizes para o desenvolvimento da carreira e do conhecimento da enfermagem.

Podemos depreender a satisfação que este sujeito demonstra por trabalhar com pessoas idosas, pelo facto de ter a sensação de que o tempo passa mais depressa, sem que dê por isso.

A concepção de pessoa idosa, como factor a ter em conta para os enfermeiros que trabalham com pessoas idosas, também esteve presente nos discursos dos sujeitos. E, embora o processo de envelhecimento seja um processo natural e comum a todas as pessoas, decorrente do facto de se inscrever no ciclo de vida biológico, constituído pelo nascimento, crescimento e morte, ele é vivido de forma variável consoante o contexto social em que a pessoa se insere. Pois, para além das representações sociais da pessoa idosa variarem entre dois extremos, da total valorização a total desvalorização, elas nunca são totalmente estanques, isto é, podem coexistir diferentes representações em diferentes culturas numa mesma sociedade.

De facto, os enfermeiros como membros de qualquer sociedade, também são influenciados pelos valores sociais dominantes, como o prestígio, a técnica, a saúde e a juventude física, os quais não encontram eco, de uma forma geral, nos serviços cujos utentes são na sua maioria pessoas idosas. Contudo, podem apresentar sistemas de valores diferentes dos sistemas dominantes, os quais podem ser fruto da sua socialização. Importa, também, não esquecermos que os enfermeiros têm as suas próprias representações de enfermagem e as suas próprias concepções de pessoa. Neste contexto, Benner (1989, p. 27) refere-nos que *“as teorias da prática de enfermagem, de esforço e diligência, e de saúde e doença, quer sejam teorias formais ou informais, são todas baseadas nas assunções do que é ser pessoa, quer dizer, em assunções acerca do ser, do saber e do conhecimento”*. Importa, portanto, consciencializarmo-nos desse facto. Assim, em qualquer interacção da pessoa do enfermeira com a pessoa idosa são operacionalizadas as suas representações quer da pessoa idosa quer da enfermagem baseadas no conceito de pessoa.

Também nos nosso estudo, os enfermeiros referiram-se à pessoa idosa identificando-a como uma pessoa com grande experiência de vida e um saber vivenciado pronto a partilhar, desprendida de coisas e valores materiais, pessoa por quem sentiam carinho e lhes despertavam interesse, pessoa que já se reformou, pessoa com muita idade, conforme podemos constatar:

“(...) pessoa que arrasta consigo uma experiência de vários anos de vida. (...) partilha com todos a experiência de vida, (...) pessoa válida, uma pessoa com algumas potencialidades, (E A, p. 4)”

“(...) são pessoas que têm uma grande experiência de vida e que nos podem transmitir muitos desses conhecimentos. (E B, p. 1)

“Ser idoso é acumular uma série de experiências, é ter uma forma diferente de ver as coisas, muito menos materialista, mais humana, mais desprendida das coisas materiais e dos valores materiais, (E C, p. 4)”

“(...) os idosos são uma faixa etária de uma população que eu tenho muito carinho, são pessoas que me despertam interesse, (E D, p.1)”

“São pessoas que têm muito valor, que nos podem ensinar muito, (E E, p. 1) /

“(...) é aquela que tem muita idade. (...) já viveu muito (...) É ter uma vivência mais prolongada da vida (E G, p. 2)”

Ao longo destes discursos podemos constatar, de forma sintetizada, que os sujeitos do nosso estudo vêem a pessoa idosa como uma pessoa com um manancial de experiências e de conhecimentos prontos a partilhar, o que vem de encontro ao defendido por Berger e Mailloux-Poirier, (1995, p. 162), de que *“é preciso evitar em absoluto ver a velhice como uma sucessão de problemas insolúveis e tomar consciência de que ela constitui uma fase normal e produtiva do desenvolvimento humano”*. Daí parecer-nos que os enfermeiros estão conscientes de que com o avançar da idade a pessoa vai acumulando experiências de vida, enriquecidas com novos dados e novas informações reorganizados e reestruturados, e prontos a partilhar.

Podemos referir que este acumular de experiências poderá ser fruto da *“inteligência cristalizada”*, como contraponto à *“inteligência fluida”*⁴⁴, presente nas pessoas idosas, que se define em função das experiências e da reflexão, permitindo à pessoa solucionar os problemas que entretanto lhe vão surgindo, aplicando resultados das suas experiências anteriores (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). A pessoa idosa é detentora de um potencial de experiências, conhecimentos e capacidades, os quais pode ou não tirar partido para enriquecer a sua vida e a dos outros, precisará, contudo de ser compreendida, ouvida e ajudada nesse percurso.

Em paralelo, e julgamos não ser sob o olhar a pessoa idosa como um *coitadinho* alguns dos sujeitos identificaram, também com pessoa idosa, uma pessoa indefesa, o isolamento, o sofrimento, uma pessoa que necessita de apoio pelas carências afectivas, físicas e sociais que apresenta, conforme podemos constatar:

“O sofrimento é a primeira coisa que me vem à cabeça quando se fala em idosos. (E D, p. 4) / (...) a sensação que eu tenho hoje em dia: idoso é sinónimo de abandono, de sofrimento. (E D, p. 4)”

“(...) são os mais doentes e os mais carenciados, (...) necessitam de maiores cuidados. “(...) por carências afectivas, por carências físicas, pelas dificuldades que eles têm a nível social, (E F, p. 1) / (...) são pessoas que precisam de muito carinho (...) temos que ter muita disponibilidade para cuidar deles. (E G, p. 5)”

“estão, também, um pouco indefesos as sociedade (...) (E D, p.1) / (...) são uma faixa etária na população que precisa de muito apoio da nossa parte, (E D, p.1)”

“A associação que eu faço de uma pessoa idosa é o isolamento, a pessoa idosa é uma pessoa isolada; (E D, p. 3)”

⁴⁴ Berger e Mailloux-Poirier, (1995, p. 175) referem que a tendência mais recente na avaliação da inteligência das pessoas idosas incide em dois tipos de inteligência: a inteligência fluida e a inteligência cristalizada. A inteligência fluida – ligada ao hemisfério cerebral não dominante e adquirida por aprendizagens precisas, está ligada à criatividade, à estética e aos comportamentos inovadores e permite à pessoas resolver problemas novos. A inteligência cristalizada – ligada ao hemisfério dominante, define-se em função da experiência e da reflexão e relaciona-se com a aculturação e a experimentação, permite à pessoa solucionar os seus problemas aplicando o resultado das suas experiências, e está associada à memória e à frequência das experiências cognitivas.

A sociedade actual ao valorizar o culto da beleza, da saúde e da juventude física, do dinheiro e do poder, omite à pessoa idosa estes atributos, não atribui à velhice o seu devido valor de fase de crescimento e de desenvolvimento, mas desenvolve e professa uma atitude compassiva e caritativa para com estas pessoas, “(...) vê muito o idoso como um coitadinho que não pode (...) isto é a todos os níveis, mesmo na enfermagem, (...) estão sempre “ai coitadinho, coitadinho, deixa-se estar, põe-se na boca”, (E C, p.4). A solidão está presente em muitas pessoas idosas, como consequência do isolamento, do abandono, do sofrimento, das carências afectivas, físicas e sociais que apresentam. Para Donaldson e Watson (1996) a solidão está presente num número muito significativo de pessoas que têm problemas físicos e psíquicos.

Para Dias da Silva (2000, pp. 188-190) são múltiplas as razões pelas quais se associa o sofrimento à pessoa idosa: a atmosfera de desamor que se abeira da pessoa idosa, a sensação angustiante de não ser capaz de inspirar amor a quem quer que seja; o receio de perder autonomia e liberdade e ficar dependente; a perda de perspectiva do futuro; as mudanças que se começam a operar, mudanças de papel social e familiar, mudanças no seu próprio corpo. Para o mesmo autor, não é surpreendente que a angústia e o sofrimento estejam presentes nas pessoas idosas, pois com tantas mudanças a acontecer e algumas delas ainda desconhecidos, não façam com que estes sentimentos estejam presentes.

Olivenstein (2000, p. 13) considera que “*Envelhecer é cair aos poucos, por patamares, no isolamento. (...) As fraquezas somam-se uma às outras, deixam-nos cada vez mais diminuídos, um pouco mais sós, como se uma barreira invisível nos separasse progressivamente dos outros*”, e a velhice torna-se o rosto da solidão. Contudo, ao falarmos de solidão não podemos fazer generalizações, uma vez que para Berger e Mailloux-Poirier, (1995), um grande número de pessoas idosas mantém elos de amizade, permanece em contacto com a família, e participa de forma regular em actividades sociais.

Encontrámos, também, algumas frases nos discursos dos sujeitos que caracterizavam a pessoa idosa com ternura, serenidade, sinceridade e transparência, conforme podemos observar:

“(...) os idosos são extremamente temurentos (...) (E B; p. 1)”

“(...) já não vive a vida de uma forma tão apressada (E B; p. 2) / (...) a serenidade com que olham para a vida, (E B; p. 2)”

“(...) se têm os objectivos já concluídos próprios para a idade, são muito mais serenos, mais calmos, aceitam o enfermeiro como um amigo, (E F, p. 4) / (...) deita cá para fora tudo, é mais um livro aberto, (...) apercebo-me muito mais depressa de quais são os problemas que eles têm, das necessidades que eles têm do que de um adulto” (E F, p. 6).

Podemos inferir que estas características que os sujeitos do estudo identificam nas pessoas idosas podem ter levado os enfermeiros a gostarem de pessoas idosas. Parece-nos que estas características, observadas nas pessoas idosas, podem corresponder às resultantes de um desenvolvimento bem sucedido do último estágio de desenvolvimento da pessoa proposto por Erikson (1968); a *“integridade do eu”* que consiste no sentimento de satisfação global com a vida passada e a aceitação do presente, a despeito das limitações que podem acompanhar o envelhecimento; a pessoa aceita a sua situação de pessoa idosa, o que lhe permite consolidar, proteger e conservar o seu amor próprio e a sua identidade, aceitar a vida sem amargura, aceitar e amar os seus parentes e amigos. Pois, conforme nos refere um dos sujeitos: às pessoas idosas *“(...) já não lhes preocupa chegar ao emprego a horas, não estão preocupados com as contas, com a casa, (E B, p. 1-2) / vivem esta fase de outra forma, fazendo coisas que enquanto trabalharam não tiveram oportunidade de fazer e então aceitam pertencer a este grupo etário (...) conseguiram perfeitamente aceitar esta nova etapa e convivem muito bem com ela (E B, p. 2-3)”*.

De facto, muitas pessoas idosas reagem e adaptam-se bem ao processo de envelhecimento, conservando a integridade e os seus valores pessoais e, mesmo em presença da doença, que muitas vezes atinge uma situação de

cronicidade, tentam manter-se socialmente activos. Contudo, muitos comportamentos negativos, passivos, ou regressivos, podem estar ligados mais ao seu estado psíquico-social e espiritual, do que propriamente às limitações físicas que o processo de envelhecimento e a própria doença podem acarretar (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

Nos discursos dos sujeitos encontrámos referências a algumas características, observadas nas pessoas idosas, que podem corresponder às que caracterizam o envelhecimento mal sucedido, em contraponto com o «envelhecer bem» do ponto de vista de Berger e Mailloux-Poirier, (1995, p. 119), que afirma que *“envelhecer bem tanto do ponto de vista físico, como mental, é sentir-se bem na sua pele, auto-estimar-se e saber aceitar-se tal como se é”*. Todavia, sobre *“(…) aqueles que não têm os objectivos concluídos e que necessitam ainda de tempo, às vezes têm a sensação de que não têm o tempo de que precisam, (...) estão naquela fase de negação por contingências da própria doença, (E F, p. 5)”*. Podemos inferir que, a par da sua situação de doença em que sentem algum desespero, provavelmente não prepararam o seu processo de envelhecimento.

Outras pessoas idosas *“(…) fazem birras como as crianças, fazem cenas de ciúmes como as crianças, se damos mais atenção a um do que a outro são capazes de amuarem. (...) exigem muita atenção e muitas vezes são um bocadinho egoístas, (...) acham que são o centro e portanto, temos que lhes dar tudo, (E B; p. 1-2)”*. Porém, devemos ter em conta a utilização que as pessoas idosas *“fazem dos mecanismos de defesa e de adaptação para serem capazes de reduzir a ansiedade, o medo e a frustração e manter a auto-estima”* (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p. 166). De facto, podemos presenciar que há pessoas idosas que se refugiam na hipocondria, na inacção, no isolamento, e tornam-se muito críticos mas, nem todos estes comportamentos escondem a utilização de mecanismos de defesa, pois podem corresponder aos seus reais sentimentos, ou serem estratégias deliberadamente utilizadas para atingirem determinados objectivos, como nos conta Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 167), a propósito de um caso vivenciado por um estudante e uma senhora

considerada confusa. O estudante, numa determinada manhã, perguntou-lhe: *"Pareceu-me muito desorientada esta manhã, durante a visita da enfermeira. A senhora respondeu: Descobri uma coisa: quando faço isso, deixam-me em paz, porque pensam que não sei o que faço: assim não sou obrigada a assistir a todas as actividades"*.

O modo como as pessoas idosas encaram e lidam com a doença, bem como as estratégias que mobilizam para lidarem com a situação, poderá ser um desafio colocado aos enfermeiros para cuidarem e gostarem de pessoas idosas:

"(...) têm muito menos problemas psicológicos em encarar a doença do que um adulto. (E C, p. 3)" / "(...) quando está fisicamente debilitado é mais transparente, nota-se isso. (E C, p. 3)" / "Quando ele começa a ficar melhor, também demonstra que está bem, que não tem dores (...) (E C, p. 3)"
"(...) estando conscientes, orientados e lúcidos, (...) conseguem passar os problemas físicos melhor do que outra pessoa qualquer, (E F, p. 6)"

Podemos constatar, nos seus discursos, que as pessoas idosas encaram melhor a doença do que os adultos, que são mais transparentes no que sentem e apresentam, isto é, dizem o que verdadeiramente lhes vai na alma. Também podemos constatar que não gostam de ser tratados como crianças quando começam a sentir os sintomas da doença a regredirem. Pois estas acções de infantilização que por vezes acontecem, podem resultar do fazer-se tudo à pessoa idosa e da situação de dependência e inferioridade sentida face aos profissionais de saúde, o que pode levar a que aquando da alta hospitalar esteja *"mais fragilizado e mais dependente do que quando foi internado"* (Ermida, 1995, p. 65).

Falarem do passado foi outra característica que os enfermeiros observam nas pessoas idosas:

"(...) gostam de falar do que fizeram e do que não fizeram, (E C, p. 5)"
"(...) gosta de ser cuidado, acarinhado, gosta de conversar (...) (E F, p. 1)"

“nós pensamos mais no futuro, eles pensam mais no passado, (...) por estarem mais perto da morte falam mais à vontade dela e nós ficamos impressionados, (E G, p. 4)”

“(...) gostam de conversar, gostam de passar o tempo a ser cuidados, (...) gostam de fazer amigos, (...) vivem os momentos todos porque o tempo também já é pouco, e apreciam todos os momentos (...) (E F, p. 2)”

Estas características são idênticas às encontradas numa investigação efectuada por estudantes em Gerontologia, na Universidade de Montreal em 1984, citado em Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 67), em que o gostarem de conversar e de contarem as suas recordações, a par de serem sensíveis e inseguros, muito religiosos, tomarem muita medicação, gostarem de depender dos filhos, temerem o futuro, foram encontradas. Contudo muitas destas características presentes no envelhecimento devem-se a traços de personalidade, a factores sócio-económicos e têm muito a ver com as inquietações da pessoa em relação ao processo de envelhecimento.

Estas características, algumas das quais referidas pelos sujeitos do nosso estudo, parecem ter a ver com alguns factores responsáveis pelos problemas de memória de aprendizagem que são para Berger e Mailloux-Poirier, (1995: 179) a motivação, a interferência dos dados, o sentimento de impotência e estado depressivo, a perda de interesse pelos acontecimentos presentes, a lentidão generalizada, e os problemas de percepção.

Para os mesmos autores a par do declínio da memória a curto prazo, continuam a conservar a memória a longo prazo; lembram-se com exactidão de pormenores que aconteceram há muitos anos e esquecem com facilidade o que aprenderam há pouco tempo. Este fenómeno parece relacionar-se com a importância que a pessoa idosa atribui aos acontecimentos do passado e de pensarem neles com regularidade, daí terem o gosto e o interesse em falarem do passado e, quando mobilizam *“esse potencial adquirido, sentem-se valorizados e motivados”* (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p. 180). Alguns

enfermeiros do nosso estudo estão conscientes desse potencial pelo que verbalizaram.

Podemos dizer que, embora a pessoa possa modificar alguma situações que a possam levar a tornar-se mais frágil e vulnerável, não pode evitar todas as situações nem agir sobre todos os factores que lhe possam alterar de forma, por vezes, permanente o seu estado de saúde. Daí que, no nosso estudo, tenhamos encontrado, no discurso dos enfermeiros, referências a limitações, por vezes irreversíveis, dos sentidos (audição e visão) e de ordem física, provocadas pelo próprio processo de envelhecimento ou agravados pela doença, nas pessoas idosas:

“têm diminuição da acuidade auditiva, tenho de estar a olhar, têm diminuição da acuidade visual, tenho de estar mais perto, e disponibilizar mais tempo. (E A, p.5)”

“(...) são outra vez meninos, são como os bebés, só que são bebés grandes, bebés pesados, têm de usar a fralda, temos de lhes dar comida, (E G, p. 5)”

De facto, o processo de envelhecimento origina alterações biológicas ao nível das estruturas e das funções do organismo e, embora constitua um destino biológico e natural, influenciado pelo contexto social e cultural em que se inscreve, é vivido de forma variável por cada pessoa.

Pelo que podemos constatar, nestes extractos, os enfermeiros estão conscientes das limitações que podem ocorrer à pessoa idosa e, em face dessas limitações, mobilizam diversas estratégias. Por exemplo, em relação à diminuição da acuidade auditiva e visual, olham para a pessoa e estão mais perto dela e disponibilizam mais tempo.

A referência às pessoas idosas como serem outra vez meninos parece que aqui não é referida em sentido depreciativo, mas sim pela dependência que apresentam. Estão também conscientes da confiança que as pessoas

idosas depositam nos enfermeiros: “(...) depositam em nós uma confiança muito maior do que nos outros. (E F, p. 6)”.

Pela nossa experiência profissional, verificamos que, aquando do internamento da pessoa idosa, esta manifesta sentimentos que revelam vulnerabilidade e marginalidade; sentem-se um peso para a família e para a sociedade. A solidão, o abandono e o sofrimento que daí pode acarretar e que foram identificados com a pessoa idosa, são também percepcionados pelos enfermeiros do nosso estudo durante o período de internamento destas pessoas:

(...) sentem-se abandonados, (...) pela família, (...) pela Sociedade. (E A, p. 4) / Muitos idosos depois de terem alta não querem regressar a casa nem à família, (E A, p. 4) / (...) estão nas casas de repouso e são pouco visitados ou estão nas suas casas (...) e são pouco visitados pela família, e sentem-se um bocado excluídos (...) (E A, p. 4)”

“(...) os familiares, (...) arranjam subterfúgios de todo o tipo e feitio para se desenvencilharem, de terem um idoso em casa para cuidarem, (E D, p. 1)”

“(...) são pessoas que estão um bocado esquecidas (...) (E E, p. 1) / (...) muitos referem que não estão a fazer nada neste mundo. (E E, p. 1) (...) são vistos como pessoas inúteis (...) sentem-se rejeitados e postos de lado. (E E, p. 2)”

“(...) às vezes sofrem é porque um filho não os veio ver, (E F, p. 10)

Sabemos que os problemas de saúde das pessoas idosas podem ser causados ou agravados pela solidão e pelo isolamento, cujos sentimentos só podem ser elaborados individualmente. Estes problemas tornam-se mais comuns no caso de pessoas portadoras de patologias múltiplas, situação que pode acontecer à pessoa idosa.

A percepção de abandono a que são votadas as pessoas idosas, referida por alguns dos sujeitos, tem a ver com as suas vivências em contexto hospitalar, onde a solidão é referida e percepcionada com muita frequência pelos enfermeiros. Contudo, apesar da hospitalização poder representar uma situação nova e desconhecida para a pessoa idosa, por ser um ambiente

desconhecido, despersonalizado e percebido como ameaçador (Watson, 1985), pois muitas pessoas idosas, depois de terem alta, não querem ir para casa, porque *“no Hospital, (...) têm alguém que está 24 Horas com eles. Têm gente que passa no corredor, têm o doente ao lado, e sentem-se muito mais acompanhados. (...) têm alguém com quem conversar, com quem partilhar, e que está com eles algum tempo. (E A, p. 4)”*.

A solidão e o isolamento podem acontecer pela falta de relações sociais, daí não podermos minimizar a importância das relações interpessoais, principalmente as familiares, que são essenciais às pessoas idosas (Berger e Mailloux-Poirier, 1995), mas o que temos vindo a verificar é um enfraquecimento dos laços familiares e das redes naturais de suporte às pessoas idosas, resultando em sentimentos de abandono, de rejeição, de inutilidade, de solidão a que são acometidas, levando muitas pessoas idosas a *“(...) não encontraram alternativas, muitos deixaram de viver, pararam, pois para muitos ser-se velho e ser-se inútil, (E B; p. 1-2).*

Para Pimentel (2001) se continuarmos a alimentar a ideia de que as pessoas idosas são inúteis e improdutivas e que representam uma sobrecarga para os mais jovens, estamos, por certo a contribuir para o agravamento das incompatibilidades inter-geracionais. Estamos, também, a contribuir para que as pessoas idosas se sintam à margem de todo o processo de construção social. Então uma questão se nos colocou: Porque serão as pessoas idosas votadas ao abandono, do ponto de vista dos enfermeiros?

“(...) hoje muitas famílias trabalham fora e têm pouco tempo para terem os seus idosos em casa. (E A, p. 4)”

“(...) se calhar ao fim e ao cabo estamos a julgar mal porque não sabemos dos problemas que têm em casa para terem atitudes destas para com os idosos. (E D, p. 2)”

“(...) na alta hospitalar, (...) ou não têm condições em casa, ou não há uma pessoa que cuide do doente, (...) é um peso para os familiares, (E E, p. 3)”

Como podemos constatar, alguns sujeitos do nosso estudo referem as estruturas actuais da família com uma das causas para terem estas atitudes. Alguns dos enfermeiros manifestaram preocupação não só com as pessoas idosas, mas também com as suas famílias. Não fazem juízos de valor, limitam-se a constatar a falta de apoio que pressentem a essas famílias. Pois a coabitação de gerações tem-se tornado cada vez mais difícil, quer pela estrutura das próprias famílias, quer pela estrutura das habitações, quer pelos interesses culturais, quer pelo sistema laboral, com mais mulheres a trabalhar, e deixou de haver lugar par o confronto de ideias. As pessoas idosas passam a ser vistas como alguém que por já ter vivido pode ser sacrificado.

Ao longo da vida somos frequentemente confrontados com a necessidade de tomar decisões e desenvolver um conjunto de iniciativas para responder à diversidade e natureza de situações com as quais nos vamos deparando (Berger e Mailloux- Poirier, 1995). A facilidade aparente com que algumas pessoas ultrapassam ou lidam com diversas dificuldades, quer no desempenho do seu papel familiar, quer no quadro da sua actividade profissional, tende a ser valorizada e interpretada pelo meio que os rodeia como sendo ou uma característica inata, ou como resultado de um conjunto de experiências bem assimiladas, ou ainda como uma capacidade de responder rapidamente às situações, capacidade de improviso, espírito criativo, ou intuição. por esse facto, os enfermeiros começam a consciencializar-se da sua forma de trabalhar com as pessoas idosas, tendo em conta os problemas específicos destas pessoas. Daí a consciencialização, por um dos sujeitos, do impacto que pode ter nas pessoas, as atitudes⁴⁵ adoptadas pelos enfermeiros:

“Se eu acredito que os idosos são capazes de produzir e que são válidos (...) e eu própria os estímulo e faço crer que eles são importantes, então isto vai passando, (E B, p. 3) (...) se eu tenho uma atitude de que os idosos são uma nulidade, que não são capazes de fazer nada, que até são um estorvo, que incomodam, então isso também vai passando. (E B, p. 3)”

⁴⁵ Disposição mental que predispõe a pessoa a reagir de forma positiva ou negativa em relação a ideias, situações, objectivos materiais ou pessoais. A atitude influencia e revela algo do comportamento (Abrunhosa e Leitão, 1980).

Apesar das estruturas da personalidade e do modo de vida instalados nos primeiros anos de vida manterem-se praticamente idênticos durante toda a vida, devemos ter em conta, na pessoa idosa, os seus estados emotivos, as respostas às situações que se lhe afluam, o seu ambiente e o seu papel social (Berger e Mailloux- Poirier, 1995). Em paralelo, e face às atitudes e aos comportamentos que os enfermeiros possam adoptar em relação às pessoas idosas, como por exemplo, acreditar e fazer acreditar que são pessoas válidas, que são capazes de produzir, que têm um lugar na Sociedade, ou se, pelo contrário, acreditam que as pessoas idosas são uma nulidade, que são um estorvo e que incomodam, vão ter de certeza um impacto positivo ou negativo consoante a postura adoptada pelos enfermeiros.

As nossas atitudes também são adquiridas pela experiência e são determinadas pelas normas e pelos valores sociais em presença (Gustave, 1992). Daí que a imagem que o enfermeiro interiorizou da pessoa idosa é também idêntica àquela que a Sociedade adoptou. E, apesar de muitos enfermeiros rejeitarem a possibilidade de adquirir e de usufruir conhecimentos sobre as experiências de vida das pessoas idosas, muitos, não só não rejeitam essa possibilidade, como até repensam e até consciencializam-se do valor da sua própria saúde e do seu próprio processo de envelhecimento:

“(...) eu tenho a percepção da juventude, (...) Mas se eu pensar que à medida que o tempo vai passando, eu vou perdendo toda esta capacidade, essa energia e essa força, a minha atitude perante o idoso muda um bocadinho. (E B, p. 4)”

“(...) começo a pensar que vou chegar a velha e assusta-me muito quando penso nisso, quando me faltar as minhas capacidades, (E D, p. 3)”

“À medida que vamos envelhecendo (...) começamos a encarar a nossa própria velhice (...) começamos a olhar os velhinhos com outros olhos, (...) começamos também a pensar que gostaríamos de ser bem cuidados quando chegarmos à idade deles, (E E, p. 1)”

Conforme podemos constatar, alguns enfermeiros do nosso estudo estão conscientes da importância que tem para eles consciencializarem-se do seu processo de envelhecimento. Pois, apesar de não viverem ainda, esta etapa da vida, começam a compreender as vivências das pessoas idosas e a considerar a velhice como um período de crescimento e de desenvolvimento, contudo, estão apreensivos quanto ao seu futuro como pessoas idosas.

3.2 Cuidar de pessoas idosas

*“Cuidar de nós mesmos,
cuidar uns dos outros, cuidar do meio ambiente
é a base sobre a qual
a melhoria sustentável da qualidade de vida,
deve edificar-se em todos os domínios”*

Comissão Independente
População e Qualidade de Vida (s/d, p. 343)

A enfermagem tem como preocupação primordial a promoção do potencial de vida das pessoas, que na sua essência, se traduz em manter, promover e desenvolver tudo o que existe, e que possa ainda, ser mobilizado (Collière, 1989). Tem uma função social que, ao longo dos tempos, se tem vindo a consolidar e a diferenciar, como resultado das suas actividades, as quais têm trazido grandes benefícios às pessoas em todas as fases da vida e nos momentos mais difíceis.

A enfermagem prima pelo *cuidar*, o qual implica *estar com* a pessoa, acompanhando-a ao longo das suas vivências, ajudando-a a dar sentido às suas experiências. O *cuidar* deverá representar o objectivo principal de qualquer organização de cuidados. Contudo, o cuidar em enfermagem só é possível se as acções de enfermagem forem dirigidas à pessoa na sua globalidade, isto é, como um ser multidimensional (biológico, psicológico, social e espiritual) mas que, por vicissitudes do seu próprio processo de envelhecimento ou de doença pode não conseguir salvaguardar a sua identidade.

Em qualquer situação de cuidados, *“o encontro entre alguém que cuida e alguém que é cuidado persegue um objectivo bem preciso, o de conseguir*

que esse encontro tenha como resultado criar laços de confiança. Para quem cuida, isto significa ser capaz de ir ao encontro de outra pessoa – ou de acolher a que vem procurá-lo – utilizando os recursos que irão fazer nascer um sentimento de confiança” (Hesbenn, 2001, p. 23). Este sentimento não se obtém quando se quer, nem se obtém para sempre. Para se obter, é necessário, ao enfermeiro, determinadas características pessoais, como por exemplo ser portador de um sistema de valores humanista e altruísta, ter sensibilidade para consigo próprio e para com os outros⁴⁶, e competências profissionais, necessariamente adaptadas e ajustadas a cada situação de cuidados.

Watson (1985), refere que o momento de cuidar começa quando o enfermeiro percebe o estado da pessoa e responde às suas necessidades, fazendo com que ela se liberte de pensamentos e sentimentos. Contudo, o enfermeiro não vai resolver os problemas da pessoa, mas vai ajudá-la a encontrar níveis superiores de auto-conhecimento e de auto-controlo dos seus sentimentos e do seu sofrimento, para que a pessoa possa obter bem estar e encontrar significado para a sua existência. Assim, sendo o cuidar um acto individual que prestamos a nós mesmos, é também, um acto que prestamos a todas as pessoas que possam necessitar de ajuda para assumirem as suas necessidades. Importa, portanto, conhecermos no que consiste o cuidar de pessoas idosas, do ponto de vista dos sujeitos do nosso estudo:

“(...) é cuidar de alguém que ainda tem algo para fazer e que tem a continuidade de vida, ou que se está a preparar para a morte, e que precisa também, muito de ajuda. (E A, p. 2)

“(...) gosto essencialmente de promover a independência deles, (E C, p. 3)”

⁴⁶ A formação de um sistema de valores humanista e altruísta que tem origem nas experiências da infância e que tem como base as crenças, a cultura, e os valores que surgem do compromisso e da satisfação do dar e receber. A sensibilidade para consigo próprio e com os outros, isto é, os enfermeiros devem ser sensíveis aos seus próprios sentimentos para serem sensíveis aos sentimentos dos outros. Os enfermeiros que são sensíveis aos outros para além de estabelecerem um verdadeiro clima de confiança, são mais capazes de aprender a visão do mundo dos outros, aumentando a sua preocupação pelo bem estar e recuperação dos outros. (Watson, 1985).

“(...) é preciso promover ao máximo a independência deles, (...) desde que a pessoa tenha condições para fazer, deve fazê-lo, e às vezes eles só precisam de serem incentivados. (E C, p. 4)”

“(...) cuidar muito mais sereno, com muito mais tempo, (E F, p. 6)

“(...) ajudar muito num determinado momento da vida em que as pessoas necessitam, (E G, p. 5)”

Podemos considerar que, nos discursos dos sujeitos, estamos perante intervenções que têm a ver com actos de ajuda, de assistência, de suporte, de facilitação, e de incentivo à pessoa idosa, tendo em conta as suas necessidades que podem estar evidentes ou antecipadas, de forma a melhorarem a sua condição de saúde, ou de bem estar. São estas *“pequenas coisas”*⁴⁷, pouco sofisticadas e aparatosas, necessárias à promoção da saúde das pessoas que, muitas vezes, são tanto ou mais necessárias do que as acções de alto tecnicismo (Hesbeen; 2001), as quais para uma dada pessoa, podem ser importantes e dar sentido à vida. Podemos, também, inferir que estamos em presença da *“ajuda na satisfação das necessidade humanas”* (Watson, 1985, p. 108)⁴⁸, que foi verbalizada de modo mais objectivo, quando se referiram às ajudas que empreendidas com as pessoas idosas.

Os enfermeiros estão conscientes de que o processo de envelhecimento origina alterações biológicas, psicológicas e sociais nas vida das pessoas, e das limitações que essas alterações podem trazer. Em presença dessas limitações estimulam as *forças vivas*⁴⁹ dessas pessoas por forma a que

⁴⁷ Para Hesbeen (2000 e 2001) as *pequenas coisas*, não sendo espectaculares, não sendo observáveis nem mensuráveis, são coisas aparentemente tão anódinas, tão pouco sofisticadas e pouco aparatosas, que fazendo parte da vida de todos nós, são necessárias à promoção e manutenção da saúde, e contribuem para dar sentido à vida e alimentar a esperança.

⁴⁸ A ajuda na satisfação das necessidades humanas básicas, constitui um dos dez factores de cuidado (*caractive factors*), preconizados por Watson, (1985), as quais hierarquizou do seguinte modo: Necessidades de classe menos elevada (biofísicas – alimentação, eliminação e ventilação e psicofísicas – actividade/inactividade e sexualidade); necessidades de classe alta (psicossocial – realização e integração) e necessidades de classe elevada (intra e interpessoal – necessidade de actualização). Para a mesma autora, no contexto da ciência do cuidar, é fundamental o enfermeiro desenvolver uma abordagem dinâmica e holística que sintetize estes componentes na compreensão das motivações da pessoa e no grupo, e na adaptação na saúde/doença.

⁴⁹ As *forças vivas* constituem-se para a pessoa *“de tudo o que a faz ser e desejar reagir”*. Quando há prevalência dos cuidados de reparação sobre os cuidados quotidianos e habituais, *“há aniquilação progressiva de todas as forças vivas da pessoa (...), porque há esgotamento*

asseguem uma continuidade de vida. A enfermeira vai ajudar a “(...) *fazê-lo viver e ter gosto pela vida, ter motivos para continuar a viver, ter motivos para continuar a sorrir, ter motivos para continuar a dizer uma graça*, (E E, p, 3)”.

Podemos inferir que estamos perante o estimular as forças vivas da pessoa, tendo como objectivo promover o autocuidado⁵⁰. Este estimular as forças vivas da pessoa está presente quando referem a promoção e o aproveitamento das capacidades da pessoa.

O estimular as forças vivas da pessoa tendo por objectivo a promoção do autocuidado foi manifestado do seguinte modo por um dos sujeitos: “(...) *uma pessoa que fez levantar para um cadeirão (...) há a mania de meterem uma mesa à frente para ela comer. Eu gosto que essa pessoa vá à mesa, deve levantar-se, dar 3 a 4 passos. Às vezes devemos ter tempo e paciência, (...) porque eles não querem, mas depois ficam bem, a gente nota, eles sentem-se melhor*. (E C, p. 4)”.

Parece-nos que para além de “*uma substituição daquilo que os utilizadores dos cuidados não podem, temporariamente, assegurar por si próprios*” (Collière; 1989, p 287), os enfermeiros têm consciência de que estimulando as pessoas a fazer pequenas coisas, as limitações que estão presentes tendem a recuar e até a desaparecer, bem como as que possam vir a acontecer, retardando-lhes o seu aparecimento. Pois, conforme nos diz Collière: 1989, p. 239), citando Charles Belmont no filme Rak: “*tudo o que se agarra à doença, a doença agarra*”, tudo o que não é estimulado, a doença agarra.

das fontes de energia vital, sejam de que natureza forem (física, afectiva, social, etc). esta aniquilação pode ir até à deterioração irreversível (Collière, 1989, p. 239).

⁵⁰ O Auto-cuidado é para Levin *et al* (1979) citado por Pearson e Vaughan (1986, p. 73) “*um processo pelo qual um leigo (pessoa) age por sua conta na promoção de saúde e prevenção, assim como no despiste da doença e no seu tratamento*”. Para estes autores “*uma crença do auto-cuidado está portanto associada ao desejo de facilitar e permitir que as pessoas tomem a iniciativa de serem responsáveis pelo próprio cuidado de saúde, quando isso é possível*”. Em enfermagem Dorothea Orem (1980) desenvolveu o modelo de «auto-cuidado» que se baseia no princípio de que deve ser facultado às pessoas e família a iniciativa e responsabilidade para desenvolverem os seus potenciais de serem saudáveis. É um cuidado que é “*prestado pelo próprio a si próprio*” Pearson e Vaughan (1986, p. 74).

Para estimular as forças vivas das pessoas idosas é fundamental a criação de um ambiente acolhedor e proporcionar cuidados de enfermagem *“de tal modo que a dependência seja minimizada e a independência funcional seja maximizada”* (Costa1998, p. 108).

Cada vez mais se torna inquestionável de que não existem doenças mas sim pessoas com doença, consideradas como um todo indissociável (biológico, mental, social e espiritual) diferente e maior do que a soma das suas partes, numa relação mútua, permanente e contínua (Kèrouac *et al*, 1994). Nesta perspectiva, qualquer doença num dos membros de uma determinada família pode afectar todo o sistema familiar que experiencia a ameaça do seu equilíbrio.

Neste contexto, constituindo-se a família a unidade básica da sociedade, cujos membros estão especialmente determinados a cuidar uns dos outros, esta constitui-se a estrutura mais eficiente no processo de cuidar. Faz, portanto, todo o sentido a família ser envolvida no processo de cuidados do seu familiar idoso em internamento:

“(...) há que envolver a família para sabermos até que ponto podemos envolver mais o idoso. (E C, p. 5) / Eu tento sempre saber o que está à volta do idoso. Às vezes dizem que eu sou chata, (...) mas é também uma forma de ajudar, porque não é só o doente que entra no serviço, há que ver tudo e envolver tudo, não olhar só para a doença, há que utilizar todos os recursos. (E C, p. 5)”.

Podemos constatar, pelos discursos de alguns sujeitos, que o envolvimento da família, no processo de cuidados à pessoa idosa, tem por objectivo, mobilizar todos os recursos e perceber até onde pode envolver a pessoa idosa. Podemos, também, dizer que, na família, a doença não afecta só um dos seus elementos, mas sim todos os seus elementos, pois serão todos eles a conviver com a doença. Contudo, hoje começa a ser comum, algumas

das suas funções, como cuidar das pessoas idosas, serem desempenhadas por outros grupos sociais ou institucionais.

Conforme já o afirmámos, o cuidar é um desejo de empenhamento que se manifesta em actos, mas que transcende o aqui e agora. Ultrapassa o próprio momento de transacção humana enfermeiro/pessoa, decorre das experiências de ambos que *“incorporam-nas na(s) sua(s) experiência(s) de acordo com as suas percepções, sensações, crenças espirituais, desejos, objectivos, expectativas, e passam a integrar essas experiências de tal forma que têm repercussões no futuro de ambos”*, (Watson, 1988, pp. 55-56). Essas experiências, recordadas como mais significativas, perduram para além do tempo, do espaço e da própria história de vida dos intervenientes na relação. Nesta perspectiva os cuidados de enfermagem podem privilegiar uma relação de dependência e de controlo, ou uma relação onde existe colaboração entre os intervenientes na acção, permitindo ao mesmo tempo, um desenvolvimento das capacidades da pessoa do utente e da pessoa do enfermeiro, assim como da auto-realização de ambos.

Lazure (1994) considera que a ajuda é uma das palavras mais usadas na enfermagem. Mas esta ajuda não tem subjacente a ideia do fazer pela pessoa, mas fazer com a pessoa, assistindo-a e orientando-a. O enfermeiro não toma decisões por ela nem deve substituí-la em aspectos relativos à sua participação, e pressupõe uma *“relação de ajuda”*⁵¹.

A intervenções dos enfermeiros às pessoas idosas deverão ter sempre por base uma *“relação de ajuda e de confiança”*⁵² pelos benefícios que pode

⁵¹ Lazure (1994, p. 14) citando Brammer diz-nos que a relação de ajuda «é uma relação na qual o que ajuda fornece ao cliente certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas». Para a mesma autora «a relação de ajuda visa, na pessoa que se ajuda, a consecução de um ou de vários objectivos: 1) ultrapassar uma aprovação; 2) resolver uma situação actual ou potencialmente problemática; 3) encontrar um funcionamento pessoal mais satisfatório e 4) detectar o sentido da existência.

⁵² Watson (1985) considera o desenvolvimento de uma relação de ajuda e de confiança um dos dez factores de cuidado. Este factor de cuidado preconiza a promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos. O desenvolvimento de uma relação de ajuda e de confiança pressupõe conhecer a pessoa, o seu espaço e o seu campo fenomenológico, e

trazer tanto para quem é cuidado como para quem cuida, conforme é evidenciado no discurso de um dos sujeitos, quando nos refere a importância de:

“(...) mantermos uma relação de ajuda nas suas dificuldades até aos últimos dias de vida. (E E, p. 2), para assim “olhar para o doente (...) como uma pessoa que não está desintegrada da sua vida, (...) e entendê-lo, fazer com que ele nos fale dos seus problemas, e perceber todo o tipo de mensagem que nos possa estar a transmitir. (E E, p. 5) / É importante perceber e chegar ao verdadeiro problema do doente, o que é que o preocupa, quais são as prioridades, como é que o vamos ajudar, (E E, p. 5)”.

Podemos, portanto, considerar que, face a este discurso, estamos em presença da promoção das “forças existenciais fenomenológicas”⁵³, a enfermeira entra no campo fenomenológico⁵⁴ dessa pessoa, mas apesar desse quadro de referência ser só do domínio e do conhecimento da própria pessoa, pode ser conhecido pela própria enfermeira através de uma inferência empática (Watson, 1988), para assim poder “cuidar com maior afectividade, prestar cuidados com maior empatia, (E E, p.1)”, tendo também em conta que “(...) a referência a idoso é igual a respeito, a empatia, (E F, p. 6).

Cuidar de pessoas pode e deve ser entendido como um acto de ajuda que prestamos à qualquer pessoa que dele necessite. Cuidar em enfermagem significa a promoção da qualidade de vida⁵⁵ da pessoa só possível se as

baseia-se em processos da «relação de ajuda» como a congruência, a empatia, a receptividade e a comunicação efectiva.

⁵³ Constitui um dos dez factores de cuidado (Watson, 1985). É o quadro de referência para a própria pessoa e somente do seu conhecimento, só que pode ser conhecido pela enfermeira através de inferências empáticas.

⁵⁴ É o quadro de referência para a própria pessoa que advém da totalidade das experiências vividas (o que a pessoa foi, como é, e como poderá vir a ser).

⁵⁵ Para Couvreur (2001, p.42) existem inúmeras definições para qualidade de vida; para uns ela é a alegria de viver, para outros, ela é a satisfação das actividades de vida diária. A mesma autora refere-nos que a OMS define qualidade de vida como a “percepção, por parte dos indivíduos, ou grupos, da satisfação das suas necessidades e daquilo que não lhes é recusado nas ocasiões propícias à sua realização e à sua felicidade” (ib. p.42). Referindo-se ainda, à qualidade de vida, diz-nos que “a nossa qualidade de vida tem importância na saúde das pessoas, porque para além de obter boas respostas comportamentais – comida sã, exercício físico, medicamentos adaptados ao nosso estado de saúde (se necessário), há uma forma de fazer intervir respostas internas (constituídas por reacções visuais, auditivas, somatossensoriais)” (Couvreur, 2001, p.57).

acções de enfermagem se dirigirem à totalidade da pessoa pois, conforme nos diz Watson (1988, p. 27, *“cuidar é um fim em si mesmo e não um meio para atingir um fim; é uma abordagem individual dirigida à totalidade da pessoa e que integra todas as partes num todo significativo”*. O conhecimento da pessoa como um todo como importante para a prestação de cuidados esteve presente no discurso dos sujeitos:

“(...) estou muito mais atenta aquilo que ele gosta e não gosta, como gosta de ser tratado, se gosta de ouvir um piropo, (...) se gosta que eu lhe faço um mimo, (...) porque estou atenta e, se eu me colocar um pouco no lugar dele, a atitude é diferente. (E B, p. 4) / Cada pessoa é única e tem de ser cuidada como tal, seja quem for, seja o que for, e com o que quer que tenha é sempre uma pessoa. Nós não podemos tratar um braço, uma perna, uma cabeça, mas sim tratar um todo, (E B, p. 4)”

Conforme já o dissemos, e acabámos de constatar, a enfermagem tem como finalidade ajudar as pessoas e os grupos a aproveitarem ao máximo as suas potencialidades, qualquer que seja o seu estado de saúde e a sua idade. Neste contexto, a mudança devida ao envelhecimento a que se vem juntar, por vezes, a presença de doenças crónicas, exige cuidados de estimulação e de manutenção de capacidades que a pessoa idosa ainda tem, e de apoio ao que ela pode fazer, de modo a prevenirem-se ou a retardarem-se limitações funcionais (Collière, 1989). Podemos, por assim dizer que a acção de enfermagem centra-se em *“pequenas coisas”*.

A prática de cuidados de enfermagem, particularmente à pessoa idosa, pode centrar-se em *“pequenas coisas”*, contudo, são complexas, pois têm sempre de ser adaptadas a cada pessoa, como ser única que é. Para tal exige-se ao enfermeiro que esteja atento ao que essa pessoa precisa ou não precisa num determinado momento. Tudo isto depende muito de como nos aproximamos da pessoa, particularmente de como lidamos com o corpo da pessoa idosa. Pois, uma vez que o nosso relacionamento com as outras pessoas, se faz em primeiro lugar mediante o corpo, é o nosso corpo que afecta o modo como entramos em relação com a identidade das outras

pessoas (Renaul, 1998). Por conseguinte, o modo como lidamos com o corpo do outro pode ter repercussões negativas ou positivas, conforme podemos constatar no discurso de um dos sujeitos:

“(...) a forma como nós lidamos com o corpo do outro tem muita importância e pode ter repercussões positivas ou negativas, consoante o modo como nós fazemos as coisas, (...) por vezes, fazemos as coisas tão mecanicamente, que não pensamos no que os nossos gestos podem provocar nos outros, e a dimensão desses gestos, e portanto, pode ser positivo como pode ser negativo, e é importante estarmos despertos para estas situações. (E 5, p. 5)”

Estamos em crer que a enfermeira tem consciência que o tocar o corpo da pessoa, com uma determinada intenção, pode ter efeitos positivos ou negativos; pode fazer passar mensagens que muitas vezes a comunicação verbal não proporciona. De facto o toque, nos cuidados de enfermagem, pode transmitir sensações que, embora por mais breves que sejam, podem fazer com que a pessoa se sinta melhor (Horrigan, 1993, citado em Thomas e Clark, 1993).

Lopes (1998) citando McCann e McKenna (1993), considera que embora o toque esteja inerente aos cuidados de enfermagem, ainda estamos pouco conscientes dos seus efeitos benéficos na pessoa. De algum modo, a mesma autora corrobora das repercussões positivas ou negativas que o toque pode ter na pessoa, quando diz que *“o tocar inerente aos cuidados poderá tornar-se num contínuo fluxo de bem estar para quem está em sofrimento e vulnerável, se os cuidados que for recebendo forem impregnados de interesse, respeito, cuidado, segurança, perícia...”* (Lopes, 1998, p. 14). Para a mesma autora, o tocar uma pessoa obedece a determinadas exigências e, se estamos perante uma primeira abordagem, há determinados passos que devem ser cumpridos, e citando Morse (1992), sugere os seguintes passos:

- a) pedir permissão para entrar;
- b) após observação da reacção, falar e tocar de seguida;

- c) depois de se estabelecer a relação de tocar, deixar que o toque acontece naturalmente.

Parece-nos ser esta a forma mais indicada para *invadirmos* o espaço do outro, se desejamos criar uma relação de entendimento de modo a que o toque seja um acto facilitador dessa relação.

Em qualquer situação de cuidados, a satisfação está sempre presente, quer a satisfação dos enfermeiros pelos resultados que obtém ao cuidarem de pessoas idosas, quer pela percepção da satisfação que têm, das suas intervenções nas pessoas idosas.

No nosso estudo, todos os enfermeiros referiram sentir-se bem por trabalharem com pessoas idosas, vendo-as como pessoas que têm muito para dar. Afirmaram sentirem-se satisfeitas quando as vêem sorrir e a preocuparem-se consigo próprias:

“Estes anos a trabalhar com pessoas idosas deram-me prazer porque as Medicinas não são armazéns de pessoas idosas são serviços onde se cuidam de pessoas que ainda têm muito para nos dar. (E A, p. 2)”

“(…) é gratificante (...) estimulá-los todos os dias nas pequenas coisas, a fazer-lhes perceber que apesar de terem aquela idade é interessante viver e que podem ser úteis de uma outra forma e numa outra dimensão. E com alguns consegue-se isso, e depois temos o feed back que é começarem a sorrir, começarem a preocupar-se em lavar-se, em cuidar-se em sentirem-se bem, (E B, p. 2)”

“(…) é compensador estares a cuidar de um velhinho, estares a dar-lhe um carinho, estares a fazer um tratamento qualquer e é raro veres um idoso dizer saí daqui, (E D, p. 2) / (...) e mais gratificante se torna quando ao aplicarmos os nossos conhecimentos, vemos que as coisas dão frutos, em termos de tratamento, em termos do acompanhamento do doente no seu dia a dia, vemos a evolução, (E D, p. 2)”

“(...) os cuidados prestados aos idosos parece que são mais leves e mais ricos, e assim nós temos a sensação de que recebemos mais. (...) por causa da receptividade que aquilo dá, da satisfação do trabalho. (E F, p. 1)”

Podemos dizer que enquanto prestadores de cuidados, os enfermeiros lidam *“com a realidade da vida, com interrogações, com inquietações e até com o sofrimento do doente e dos seus familiares”* (Hesbeen, 2000, p. 11). Daí que os enfermeiros têm sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, mesmo nas situações mais difíceis, podem ajudar a contribuir para o bem estar e para a serenidade da pessoa.

Podemos também, inferir, pela satisfação que os enfermeiros demonstraram na ajuda que prestaram às pessoas idosas nas *“pequenas coisas”*, o quanto foi importante para estas pessoas os cuidados que lhes foram prestados, o que revela *“a preocupação do profissional com o outro, na sua existência”* (Hesbeen, 2000, p. 47). Podemos, também, afirmar que esta satisfação, sentida pelo enfermeiro, como resultado das suas intervenções com a pessoa idosa, é também sentida pela pessoa que recebe cuidados. A este propósito, um dos sujeitos do nosso estudo refere que:

“Os idosos sentem-se úteis ao participarem nos cuidados, pelo que conversam das suas experiências, pelo que se faz e pelo que não se faz, e isso (...) ajuda-os bastante, sente-me úteis ao participarem nos seus cuidados. (E A, p. 6)”

De facto podemos constatar que a enfermeira acredita, sente-se satisfeita, e gosta do que faz pelos resultados do seu trabalho junto das pessoas idosas, e isto, pela satisfação que percepção nestas pessoas. A enfermeira também se sente satisfeita pelo facto de ver pessoas bastante idosas a não «ficarem paradas», mas a terem projectos de vida como nos refere no seu discurso:

“(...) há pouco tempo saiu do serviço uma senhora com 94 anos que tem um projecto de vida lindíssimo, ela tem o seu quintal, ela tem as suas plantinhas a

crescer, tem as suas cenouras que vão dar não sei quando, as batatas que apanhou há pouco tempo, (...) (E A, p. 3)".

Podemos inferir o elevado grau de satisfação demonstrado por este sujeito face ao projecto de vida desta pessoa. A satisfação que demonstra, decerto vai ter repercussões na forma como poderá lidar com futuras situações.

Para os enfermeiros, é comumente assente que são os conhecimentos, as crenças e valores, a sensibilidade, o empenhamento, que vão possibilitar as transações interpessoais que, por sua vez, vão proteger, promover e restaurar a harmonia interna e externa da pessoa a quem prestam cuidados e, ao mesmo tempo, permitir-lhe retirar dessas transações o fortalecimento da sua própria harmonia interna com o ambiente (Lopes, 1993, p. 62). A mesma autora considera, também, que o enfermeiro só pode ajudar a pessoa idosa no atendimento das suas necessidades se ele próprio viver um sentimento de adequação e de bem estar que decorre, também, da satisfação das suas próprias necessidades. Devemos, por isso, considerar que o enfermeiro que usa a sensibilidade, promove o auto-desenvolvimento e a auto-realização é capaz de encorajar o mesmo crescimento nos outros.

Conforme podemos constatar, a satisfação por cuidar de pessoas idosas foi uma constante nos sujeitos do nosso estudo. Contudo, a insatisfação pelos resultados, do cuidar de pessoas idosas, foi manifestada por um dos sujeitos quando se referiu ao facto de, por muito esforço que pudesse fazer, as pessoas acabavam por morrer:

"(...) não é satisfatório porque os cuidados não são, porque por muito esforço que façamos não conseguimos ser eficazes, as pessoas acabam por falecer e não podemos fazer nada, (E G, p. 5)".

Podemos depreender que a proximidade da morte que pode abalar a dignidade da pessoa, pode também, desmoralizar os enfermeiros por se sentirem incapazes de encontrar uma solução mágica (Oliveira, 1999). De

facto, parece-nos que a enfermeira não aceita a morte como um facto natural inerente a qualquer pessoa. Daí que o que muitas vezes acontece é que, perante o avanço da doença e da progressiva degradação física e psíquica da pessoa, os enfermeiros sentem que o seu saber é vencido, e não se sentem preparados para acompanhar a pessoa no seu fim de vida, chegando muitos a pensarem na morte como *“um desastre do pensamento”*, como nos refere Morin (1970, p. 261).

A morte é encarada na nossa Sociedade como *“emoção, sentimento ou consciência da perda da individualidade. Emoção choque, de dor, de terror ou de horror (...) consciência, enfim, de um vazio”* (Morin, 1970, p. 32). No entanto é o que temos de mais certo e natural, pois viver é caminhar para morte, que poderá acontecer em qualquer altura da vida. Contudo, pelo próprio processo de envelhecimento, as pessoas idosas estão mais perto da morte, e por vezes, falam dela com alguma naturalidade.

Ao interiorizar a morte como inerente à vida, o enfermeiro tornar-se-á mais sensível e mais capaz de estar com a pessoa idosa, que possa estar em fim de vida, a fim de lhe proporcionar qualidade de vida à vida que ainda lhe resta viver. Este comprometimento requer do enfermeiro, um estar disponível, estar presente, ouvir a pessoa nas suas preocupações, ajudando-a a encontrar respostas para as suas preocupações. É dar-mo-nos a nós próprios fazendo-o de tal modo que a pessoa se sinta acompanhada, compreendida no seu sofrimento, e sinta empenhamento, preocupação e atenção da pessoa da enfermeira (Swanson, 1993).

Cuidar das pessoas idosas em fim de vida foi motivo de satisfação para um dos sujeitos do nosso estudo, e também para os que viveram com a situação, conforme podemos constatar pelo que referiu:

“(...) tivemos uma experiência de uma senhora que veio dos Estados Unidos para cá para morrer com a família. Não quis morrer em casa porque achou que a família não teria condições. (...) decidiu que queria morrer no Hospital (...)”

acabou por morrer com uma colega e com a família, (...) penso que morreu com ar de satisfeita, pelo menos da vida que tinha e do final de vida que levou, de ter sido na Medicina connosco, com enfermeiros ao lado, com a filha, com o genro, e com alguém que sabia que estava sempre lá com ela. (E A, p.2)”

A situação descrita demonstra que foi possível atender ao desejo desta pessoa que foi o de ir morrer no Hospital, com a família e com a presença da enfermeira, e o quanto foi gratificante para a equipa de enfermagem terem proporcionado a esta pessoa um ambiente que de alguma forma teve em conta os desejos dessa pessoa.

As pessoas em fim de vida têm emoções fortes, sendo uma das suas causas o medo do desconhecido, mas conseguem ver, por vezes, uma continuidade para a vida, necessitando para tal, da ajuda do enfermeiro (Coulomb, 1995). Esta ajuda, a esta pessoa, esteve presente pelo facto de ter-lhe sido *permitido* fazer o percurso da sua morte; repartir os seus haveres, preparar as suas missas, preparar a sua morte:

“Ela preparou a sua morte, (...) dividiu por toda a gente o que é que pensava deixar a cada um, o que é que queria para as missas, deu-lhe tempo de fazer isso tudo e morrer satisfeita. (...) isso deu-nos uma certa satisfação, porque se calhar a pessoa aceitou que tinha chegado ao fim, e que esse fim podia ser preparado à sua maneira, (E A, p.3)”

Para nos inteirámos da importância e da riqueza que é acompanhar a pessoa em fim de vida, Hennezel (1997, p. 172)⁵⁶ refere que *“embora conviva quotidianamente com a morte, há vários anos, recuso-me a banalizá-la. Vivi a seu lado os momentos mais intensos da minha vida. Conheci a dor de me separar de quem amava, (...) mas não posso negar o sofrimento, e por vezes o horror que rodeiam a morte. (...) tenho, mesmo assim, a sensação de me ter enriquecido. De ter conhecido momentos de uma densidade humana*

⁵⁶ Marie de Hennezel, psicóloga francesa, publicou em 1997 um livro intitulado *“Diálogo com a Morte”*, no qual nos relata as suas experiências, como psicóloga, junto das pessoas em fim de via.

incomparável; de uma profundidade que não trocava por nada deste mundo, momentos de alegria e de doçura, por incrível que isso pareça. Sei que não fui a única a tê-los vivido”. Podemos constatar o quanto foi importante para Hennezel estar com as pessoas em fim de vida, pelo que ajudou e pela satisfação que retirou, e pela ajuda que prestou naquele momento que é único para cada pessoa.

Podemos concluir que no diz respeito a cuidar de pessoas idosas, as intervenções dos enfermeiros prenderam-se com os actos de ajuda, de assistência, de suporte, de facilitação e de incentivo perante necessidades evidentes ou antecipadas das pessoas idosas. Foi referido, também, a importância dos contributos da família no processo de cuidados, assim como perceber toda a dinâmica familiar com o objectivo de elaborar um plano de intervenção. A importância do conhecimento da pessoa como um todo para chegarem aos seus verdadeiros problemas, também esteve presente nos seus discursos.

Cuidar de pessoas idosas foi também gratificante para os enfermeiros, pela satisfação que sentem pelos resultados do seu trabalho com estas pessoas. Esta satisfação, esteve também, presente nos enfermeiros que começaram a trabalhar com pessoas idosas por imposição.

2.4 Recursos formativos mobilizados

“(...) a formação deve proporcionar a aquisição de novos conhecimentos (...) mas a sua função essencial reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática reflectida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido.”

Hesbeen, Walter (2001, p. 67)

A Sociedade ao valorizar a produtividade e ao privilegiar intencionalmente a juventude como símbolo de progresso, tem feito com que as pessoas idosas se sintam mais vulneráveis à exclusão social. De facto, a velhice ainda é vista como uma doença, e as pessoas idosas como *senis, gastas, como as crianças, chatas...*, e o interesse manifestado pela população idosa, pelos profissionais de saúde, diminui bastante quando esta começa a assediar progressivamente o mundo dos Hospitais, dos cuidados de saúde e dos serviços domiciliários (Salgueiro, 1990).

Contudo, a enfermagem tem como finalidade ajudar as pessoas a aproveitarem ao máximo as suas capacidades funcionais, qualquer que seja o seu estado de saúde e a sua idade. Mas, de facto, ajudar as pessoas idosas não tem sido fácil, nem sido um trabalho apazível nem sempre valorizado pelos enfermeiros.

Porém, sabemos que há enfermeiros que consideram a velhice como um fenómeno natural e a pessoa idosa como um manancial de conhecimentos e de experiências a partilhar, e não rejeitam a possibilidade de aprenderem com essas pessoas.

Em face do que acabámos de referir, temos a oportunidade de interrogar as práticas profissionais destes enfermeiros com pessoas idosas, nas condições em que as mesmas se exercem. Daí fazer, portanto, todo o sentido questionarmos os percursos da prestação de cuidados de enfermagem às pessoas idosas, de modo a compreendermos como desenvolvem os seus processos de formação para cuidarem dessas idosas.

Para a apresentação dos dados referentes a este tema, temos presente que a formação é uma construção do sujeito com uma visão do mundo (de si próprio, das relações com os outros e da relação com a realidade social). *“A aprendizagem (...) consubstancia-se num sistema de representações que funciona, simultaneamente, para “ler” a realidade de um modo confirmatório, ou como ponto de referência para construir novas “visões do mundo” (ou seja “aprender”)”* (Canário, 1999, p. 111).

Os enfermeiros como adultos que se formam na e pela experiência profissional e, neste processo, várias entidades se vão cruzando, entre os quais os utilizadores de cuidados. Entre estes utilizadores, as pessoas idosas representam um grupo numeroso e vulnerável, desafiando, assim, novos percursos de formação (Costa, 1998). Por conseguinte, e numa perspectiva de encontrarmos dados que nos permitam identificar e compreender, numa óptica formativa, os recursos que mobilizavam para melhorar os seus desempenhos junto das pessoas idosas, constatámos que os enfermeiros do nosso estudo consideraram a pessoa idosa um recurso formativo quando referiram que aprendem com as pessoas idosas em termos humanos e profissionais:

“aprendemos muito com elas. (E A, p.7)”

“(...) não só em termos profissionais, mas também em termos humanos, (E B, p. 1)”

“(...) acho muito mais importante o dia a dia que temos com a pessoa idosa de enriquecermos e podemos adquirir conhecimentos com estas pessoas. (E D, p. 6)”

“(...) com o doente eu retiro conhecimento para crescer como profissional e como pessoa. (E E, p. 5)”

“(...) vamos aprendendo todos os dias muito mais com um idoso em termos de cuidar do que com as outras pessoas. (E F, p. 1)”

“(...) tem uma experiência de vida diferente da minha, e que eu posso tirar partido em termos pessoais e profissionais. (E G, p. 2)”

Como podemos constatar, os enfermeiros estão conscientes de que podem usufruir (para a sua vida pessoal e profissional) dos conhecimentos que as pessoas idosas são detentoras, pelo que verbalizaram a esse respeito. Pois, conforme verbalizou um dos sujeitos, é *“(...) da minha experiência diária do contacto com estas pessoas e daquilo que elas me vão despertando e valorizando é que me vou formando também, (E B, p. 5)”*.

Julgamos estar em presença de uma consciencialização da formação pela experiência profissional quando, quando um dos sujeitos refere que *“(...) vamos alterar os comportamentos e as atitudes ao longo da nossa vida profissional consoante aquilo que nós vamos aprendendo com os próprios idosos, (E F, p. 4)”*, pois, e conforme nos refere Pineau (1991) sobre a aprendizagem experiencial, esta desenrola-se da apreensão da experiência e da sua transformação.

Os enfermeiros através da sua experiência profissional desenvolvem e observam muitas maneiras de entender e de lidar com as pessoas, particularmente com as pessoas idosas. Nesta perspectiva, podemos considerar que os enfermeiros vão-se formando através de um trabalho de reflexividade crítica sobre as práticas e de (re)construção permanente de uma identidade pessoal (Nóvoa, 1998). Esta reflexão vem a propósito de um sujeito do estudo que *“considerava as Medicinas um armazém de gente velha” (E A, p.7)”* antes de ter ido para lá trabalhar, hoje considera que *“(...) a Medicina não é um armazém de gente velha, é um internamento com gente muito idosa que precisa de alguém para estar com eles, para os ouvir, para cuidar deles, com*

gente com uma riqueza muito grande em termos de experiência de vida (...) (E A, p.7)”.

Conforme referimos anteriormente, os enfermeiros estão conscientes de que a pessoa idosa pode constituir-se como um recurso formativo, e que aprendem muito com elas. Questionados a objectivarem o que aprendem com as pessoas idosas, referiram que:

“(...) com eles [idosos] aprende-se bastante, aprendemos a lidar com outras pessoas, aprendemos a experiência de vida para casa, aprendemos experiência de vida no serviço, (E A, p. 1)”

“(...) os idosos têm-me ensinado muito, têm-me feito crescer a nível pessoal (...) tem-me feito pensar, (E B, p. 3)”

“Com eles estamos sempre a aprender, (...) em termos pessoais e sociais com eles aprendemos muita coisa da vida. (E G, p. 1)”

Podemos afirmar que estamos conscientes da importância que tem para estes enfermeiros os contributos das pessoas idosas para o seu desenvolvimento pessoal e profissional. No entanto, os enfermeiros têm de ir ao encontro destas pessoas e procurarem com elas uma relação produtiva para ambos, de modo a que ambos possam crescer. Trata-se, conforme nos refere Hesbeen (2000, p. 121), *“de serem curiosos e apaixonados pela vida a fim de conseguirem lançar um olhar enriquecido sobre as diferentes situações encontradas”*, e para tal há que considerar qualquer pessoa digna de interesse e de atenção.

O mesmo autor (2000, p. 121), referindo-se à pessoa, diz-nos que *“cada ser, por ser humano, é único, logo, excepcional, e por isso, maravilhoso, seja ele o que for e independentemente do que tenha feito”*. Em face do referido, há que descobrir o que existe de maravilhoso nessa pessoa, descobrindo alguns dos seus aspectos e ajudá-la a exprimi-los, e esses actos, diz respeito a todos nós, pois ao envelhecer, a pessoa é detentora de um manancial de experiências, conhecimentos e capacidades, das quais, pode retirar partido para enriquecer a sua vida presente e a vida dos outros.

Neste contexto, talvez faz sentido dizermos, utilizando o discurso de um dos sujeitos, que *“(...) ao estabelecermos uma relação com um doente, estamos a aprender sobre essa pessoa, sobre a sua velhice, sobre as suas necessidades, (E E, p. 3)”*. Daí que *“Na relação com os idosos, (...) gosto de aprender a psicologia deles, como é que eles são, porque é que reagem desta forma, o que é que os torna tão dependentes, o que é que eu poderei fazer para melhorar isso, como é que eu poderei relacionar-me com eles de uma forma sem ser ofensiva. (E B, p. 5)”*.

Aprender a cuidar deles e das outras pessoas idosas, foi também uma constante em evidência no discurso dos sujeitos:

“Ele deu-me experiência para cuidar deles e com essa experiência eu cuidei dele e cuidei dos outros. (E A, p. 6)”

“(...) conseguimos aprender muito com os idosos e aprender a forma como devemos cuidar dos idosos (...) (E E, p. 1)”

“A gente aprende a cuidar deles a conversar com eles, às vezes são eles que nos ensinam como é que se deve cuidar deles. (E F, p. 2)”

Sendo o cuidar um acto individual que prestamos a nós mesmos, mas é também, um acto que prestamos a todas as pessoas que possam necessitar de ajuda; é um verdadeiro encontro com o outro numa relação de abertura, compreensão e confiança. Este próprio momento de cuidar, decorre das experiências de ambos, enfermeiro e pessoa, as quais vão integrar essas experiências de tal modo que irão ter repercussões significativas em ambos os intervenientes neste processo (Watson, 1988). Os enfermeiros, do nosso estudo, estão conscientes deste processo pelo que afirmam nos seus discursos:

“(...) ao fim de uns tantos anos de profissão e de lidar muito com os idosos, encaro a vida com uma maior serenidade, e uma das coisa que aprendi, (...) foi o poder encarar a morte com outra serenidade que não tinha anteriormente. (E B, p. 3)”

“(...) eles notam logo se a pessoa não tem experiência suficiente, (...) e a partir daí é muito difícil levá-los a tomarem consciência das orientações e dos ensinamentos que fazemos, de prestarmos cuidados, pois eles às vezes ficam um bocadinho desconfiados. (...) (E C, p. 3)”

“(...) as pessoas fazem uma perguntinha só para sentirem uma pessoa ali, (...) os idosos não têm ninguém e gostam de ter uma pessoa para conversar, (...) sentirem que estão a ser ouvidos, que são importantes para alguém, (E E, p. 6)”

“(...) muitas vezes são eles que nos ajudam a nós, porque eles conseguem encarar muitas coisas da sua velhice que a gente ainda não sabe como é, (E G, p. 5)”

O modo como cuidamos de alguém, não nasce só do que aprendemos nos tratados, mas advém-nos do que somos como pessoas, onde se inclui, também, a formação que adquirimos ao longo da nossa experiência profissional, o que influencia o modo como estamos na enfermagem e como olhamos para a pessoa a quem prestamos cuidados, particularmente a pessoa idosa.

Ao encararmos a formação como um processo de desenvolvimento pessoal ao longo da vida, no qual cada pessoa vai adquirindo e descobrindo novas capacidades e, como um processo que visa a mudança, em que a pessoa do enfermeiro modifica as suas percepções e as suas representações do real. Nesta perspectiva, alguns enfermeiros do nosso estudo tem em conta esse processo, ao longo da sua experiência profissional com pessoas idosas, porque, conforme referiu um dos sujeitos, *“(...) vamos aprendendo a cuidar deles, porque depois somos nós que alteramos a nossa atitude, (E F, p. 3)”*

Os enfermeiros reconhecem a importância que tem a formação adquirida em contexto de trabalho com pessoas idosas. Nos seus discursos encontrámos referências ao que têm aprendido, em termos genéricos, por trabalharem num serviço onde predominam pessoas idosas.

Os enfermeiros aprenderam que as pessoas idosas não gostam de ser tratadas como crianças, referindo a esse propósito um dos sujeitos que:

“Há uma certa tendência para tratar os idosos como bebés, se calhar têm algumas semelhanças, mas acho que é das piores coisas que se pode fazer a um idoso, e embora haja quem goste, a maioria, pela minha experiência não gosta. (E C, p.4)”

Esta tendência de tratar as pessoas idosas como bebés advém do tempo em que o doente era visto como uma *“criança grande”* dependente e a necessitar de orientações, pior ainda, a decidirem por ele o que devia fazer (Collière, 1989). Com esta perspectiva, a pessoa idosa, em situação de doença, passa, também, a ser tratada como uma *“criança grande”*, a não participar activamente nos cuidados e a ficar, por vezes, duplamente dependente. Para (Berger e Mailloux-Poirier, 1995), todos os comportamentos que infantilizam a pessoa idosa revelam um grave atentado à integridade da própria pessoa, desvalorizam-na e ameaçam a sua independência, já de si fragilizada pelo próprio processo de envelhecimento.

Ora, conforme podemos identificar as pessoas idosas não gostam de ser tratadas como crianças, mas sim com *“intervenções de readaptação de prevenção”*, estimulando a sua auto-responsabilização (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p. 151), pois, conforme referiu um dos sujeitos, *“(…) cuidar de gente idosa não é o que eu pensava antes, há muita coisa a fazer, nem que seja para os ajudar a morrer, para os ajudar a viver, há sempre muito a fazer nestas idades. (E A, p.7)”*.

Face ao que acabámos de referir, é imprescindível termos presente que numa filosofia de cuidar *“tudo o que resta da capacidade de vida pode e exige ser constantemente mobilizado – e isto até ao limiar da morte – a fim de que as energias vitais prevaleçam sobre os obstáculos da vida”* (Collière, 1989, p. 239). Para tal, por exemplo, e nas pessoas idosas há que *“Abordá-los sempre com uma certa calma, (...) uma coisa que eu aprendi com os tempos e que os assusta muito quando estão na cama é uma pessoa chegar a correr, entrar e sair, mesmo sem fazer barulho. (...) tentar ir o mais calmo possível, porque eles*

vão querer que a gente pare para falar qualquer coisa, (E C, p. 5)”, como nos referiu um dos sujeitos.

A consciencialização do processo de envelhecimento esteve presente quando um dos sujeitos se referiu que *“(...) é interessante (...) apercebermos destes fenómenos de mudança do ser humano como é que era antes, como é que somos, e como é que vamos ser, o apego que eles nos tem, (...) a entrega que nos fazem a nós, a própria paixão que chegam a sentir por nós, (E B, p. 2)”*.

De facto, em presença da velhice do outro, podemos ser levados a pensar, de forma consciente ou inconsciente no nosso próprio processo de envelhecimento, pois nenhum de nós pode ignorar o facto de um dia chegar a velho e a seguir morrer, e percebermos pela nossa experiência profissional que *“As pessoas têm uma percepção de vida sobre quando é que vão morrer, sabem quando é que vão morrer, e fazem um controlo da morte (...) eles sabem, eles esperam, por exemplo, pela esposa (...) eu já tive muitas experiências destas, (E G, p. 3)”*.

A importância da família junto da pessoa idosa, integrando o processo de cuidados, conforme já referido no tema “Cuidar de pessoas idosas”, é aqui abordada sob o ângulo da formação, isto é, da consciencialização que a enfermeira tem da importância da família junto das pessoas idosas, pela satisfação que isso traz a estas pessoas conforme nos referiu: *“(...) eles gostam que os enfermeiros falem com a família, que lhes expliquem o que têm. Às vezes eles nem sequer querem saber, nem precisam que se lhes explique o que têm, mas (...) adoram ver o enfermeiro falar com a família, (E C, p. 5)”*.

A prática profissional de enfermagem depende do quadro interpretativo de cada enfermeiro, construído ao longo da sua vida, por influência de diversos factores, e que se traduz pela individualidade da forma de pensar, sentir e agir, (Couceiro, 1998). Nesta perspectiva, um prestador de cuidados de enfermagem que, com a sua experiência profissional prévia, abarca intuitivamente uma dada

situação (Benner, (1995), dispõe de conhecimentos da sua vida pessoal, da sua formação e experiência profissional (Hesbeen 2001), que lhe permite a construção de saberes utilizando as experiências da vida pessoal e profissional, considerados como espaços de aprendizagem, de modo a que sejam mobilizados.

Neste contexto, os enfermeiros também se formam na e pela experiência, se esta for entendida sob o olhar da formação (Josso, 1991). A formação pela experiência é uma formação por contacto directo consigo próprio, com os outros e com o mundo que o rodeia, de forma reflectida; de um momento pode surgir uma situação que pode importunar, e estando o enfermeiro em contacto com essa situação reflecte sobre ela, reconstrói, modifica e reorganiza essa experiência (Pineau, 1991). Daí que algumas das situações de cuidados que julgámos mais significativas, em termos de crescimento e de desenvolvimento pessoal e profissional, tanto para quem cuidou como para quem foi cuidado, têm subjacente o que acabámos de referir. Vejamos, pois, situações de cuidados descritas por alguns dos sujeitos:

“(...) estava a dar comida a uma doente, ela tinha um terço na mão direita eu estava a dar-lhe a sopa mas se calhar estava a dar-lhe com uma certa rapidez, e disse-lhe: “a senhora vai comer com a sua mão porque a senhora quando for para casa vai comer com a sua mão”, e ela disse-me: “Ah minha filha eu já não posso”. “Então porque é que a senhora tem o terço naquela mão?” “Oh filha tenho este terço para rezar por mim e para rezar por vocês para terem paciência porque tu estás com muita pressa”. Foi engraçado, porque se calhar não me tinha apercebido da pressa que eu tinha, devia estar a dar-lhe a comida muito rápido e a senhora chamou-me à atenção para isso. “Eu vou rezar por mim e por ti para teres paciência porque estás com muita pressa e eu não posso alimentar-me. Dá-me a comida mas dá-me com mais calma e quando fores dar a outro faz da mesma maneira”, é o que posso retirar daqui. (E A, p. 6-7)

Nesta primeira situação de cuidados, gostaríamos de fazer referência ao poder⁵⁷ e à sua natureza nos cuidados de enfermagem, o qual pode ser redutor ou libertador, e isto tanto se aplica a quem recebe como a quem presta cuidados (Collière, 1989). No contexto apresentado podemos dizer que o poder foi redutor porque de início, não foi bem identificada se a pessoa era ou não capaz de comer a sopa de forma mais apressada, e isso mesmo foi corroborado pelo sujeito do estudo. No entanto, ele foi capaz de identificar pela linguagem simbólica, de quem recebia cuidados, quando esta lhe referiu que tinha o terço na mão para rezar por si e para ele ter paciência porque estava com muita pressa, e assim o enfermeiro percebeu que estava a exceder-se na mobilização das capacidades dessa pessoa.

As pessoas, e de forma particular as pessoas idosas, atribuem grande importância à preservação da sua intimidade, pois a intimidade encontra-se associada ao controlo e à autonomia das pessoas. No seguimento do que temos vindo a referir, relativamente a situações de cuidados que julgámos significativas para o crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, de quem cuidou como de quem foi cuidado, julgamos importante referir como um dos sujeitos lidou com as zonas íntimas de uma pessoa a quem prestava cuidados, e como foi importante para essa pessoa o respeito pela sua intimidade:

“(...) outro senhor, (...) que teve que ser algaliado, (...) ficou muito atrapalhado, expliquei-lhe o que lhe ia fazer, e que se houvesse alguma coisa que ele não gostasse que dissesse. Fiz o que tinha a fazer, quando acabei, ele agradeceu-me e começou a chorar, disse-me: “olhe senhora enfermeira, gostava de lhe agradecer, pela forma de como cuidou de mim, porque a senhora respeitou aquilo que era mais íntimo para mim, cobriu-me com os panos.” Esta situação também me marcou, pois cada pessoa tem a sua individualidade, e cada vez mais é importante respeitarmos isso, (E B, p. 4)”.

⁵⁷ “O poder veiculado pelos cuidados de enfermagem é um poder que passa por toda a espécie de alternativas, numa rede complexa de relações de força e de capacidades em presença, expressão de experiências, de investimentos pessoais e institucionais, que se exercem, através da função dos cuidados na inter-relação com as pessoas tratadas e com as que as rodeiam” (Collière, 1989, p. 312).

Estamos em presença do respeito pela individualidade da pessoa, pois, ao lidar com as zonas íntimas daquela pessoa, a enfermeira teve o cuidado de respeitar a intimidade dessa pessoa e perceber o quanto isso era importante; compreendeu o pudor daquela pessoa e preservou-o até onde pôde. Não obstante o que referimos em relação ao respeito pelas zonas íntimas das pessoas, Lopes, (1994, p. 104), alerta-nos que *“a despersonalização que ocorre nos hospitais é uma constante e o desrespeito nos cuidados às zonas íntimas é só mais uma manifestação do mesmo”*. Para a mesma autora, os enfermeiros trabalham em ambientes onde o corpo é visto com objectividade profissional, não havendo, portanto, áreas do corpo proibidas de serem tocadas e, citando French (1985), refere-nos que os enfermeiros têm *“permissão automática”* para tocar certas zonas que são socialmente proibidas de serem tocadas, e isto tanto pode ser perturbador tanto para quem cuida como para quem é cuidado.

Estes dois casos descritos, em que foram abordados o poder e o respeito pelas zonas íntimas nos cuidados de enfermagem, podemos afirmar que os sujeitos do estudo estavam em presença de experiências entendidas como formadoras, porque deram destaque, em ambas as situações, a um processo de construção e de desconstrução do que aconteceu.

Conforme já referimos a experiência profissional com pessoas idosas, teve um contributo assinalável para os enfermeiros gostarem de pessoas idosas, pelo que aprenderam em termos pessoais e profissionais. Neste contexto, e numa perspectiva formativa, os sujeitos do nosso estudo referiram que aprenderam a cuidar de pessoas idosas, numa prática profissional com pessoas idosas, conforme podemos contactar nos seus discursos:

“(...) a prática ajuda-me e ajudou-me a cuidar de pessoas idosas. (E A, p. p. 1)”

“(...) a lidar com idosos (...) a cuidar de pessoas idosas. (E C, p.2)”

“Da prática, (...) enriquecemos os nosso próprios conhecimentos e a nossa própria actuação. (E E, p. 5)”

“(...) que não se pode tratar um idoso ou cuidar de um idoso da mesma maneira que se cuida de uma pessoa de 20 ou 30 anos. (E F, p.3)”

“(...) com a prática uma pessoa aprende a comunicar, (E G, p.1)”

Podemos inferir que a prática profissional, para além de ter uma preponderância marcada para alguns dos sujeitos gostarem de pessoas idosas, ela também foi vista sob o ângulo da formação, porque lhes tem permitido a aquisição e a mobilização de conhecimentos para cuidarem de pessoas idosas.

As experiências e os acontecimentos de vida pessoal e profissional estão na base da formação de qualquer pessoa, e a experiência profissional tem um papel fundamental na formação dos enfermeiros, conforme nos disse um dos sujeitos, referindo-nos que:

“A prática ajuda-me a reflectir, ajuda-me para outras situações, (...) Se eu chego ao pé de um doente e ele me diz: eu vou morrer, eu começo a pensar: houve outro doente que disse que ia morrer e morreu e com este pode acontecer a mesma coisa. E isto faz-me reflectir, faz-me pensar. (E G, p. 3)”

Podemos afirmar que estamos na presença da importância que este sujeito reconheceu à experiência no seu processo de formação. O que nos leva a afirmar que a experiência corresponde a um processo que se prolonga ao longo da vida das pessoas, o qual *“concederá um lugar de destaque à reflexão sobre as experiências formadoras que marcaram as histórias de vida”* (Josso, 1988, p. 39)⁵⁸. Podemos, portanto considerar que as experiências formadoras fazem parte da história de vida dos sujeitos, e é o próprio sujeito que atribui sentido às experiências que o marcaram.

A partilha de experiências entre iguais, especialmente entre os enfermeiros, constitui-se um meio privilegiado de formação, evitando um face a face exclusivo da pessoa com a sua experiência (Courtois, 1992). Neste

⁵⁸ Josso, C (1988) – Da formação do sujeito ... ao sujeito da formação. In Nóvoa, António e Finger, Matias (1988) – O método (auto)biográfico e a formação.

contexto, podemos considerar que a formação e a experiência profissionais determinam os modelos para o exercício profissional, a par do modelo compartilhado pelo grupo (Pearson e Vaughan, 1992). A partilha de experiências com os colegas, como objectivo privilegiado para melhorar a prática profissional de enfermagem, esteve presente no discurso dos sujeitos:

“Aprendemos muito com as trocas de experiências com os colegas, (...) com as formações em serviço que tenho com os colegas e com colegas de outros serviços, (...) (E A, p. 7)”

“(...) está na altura de nós pararmos um pouco e criarmos esses espaços para podermos trocar impressões, (...) falarmos da minha relação com aquele doente com aquela patologia, como é que eu vivi essa experiência, como é que o outro viveu, como é que eu viveria em situações semelhantes, eu acho que isso é positivo, e seria muito enriquecedor. (E B, p. 6)”

“(...) conseguimos aprender na comunicação com os nossos colegas: eu não sei tudo, o meu colega não sabe tudo e, se juntarmos um pouco de todos conseguimos saber mais um bocadinho. (E G, p. 7)”

Julgamos estar em presença de uma consciencialização, por parte dos enfermeiros, de que as práticas de cuidados *“se constituem em percursos analíticos, conducentes à formação e à transferência das aquisições de umas situações para outras”* (Costa, 1998, p. 69). Para Hesbeen (2000, p. 141), esses encontros que proporcionam a troca de ideias, se os enfermeiros a eles recorrerem para *“expor a essência da prática”*. Neste perspectiva, o que tem verdadeiramente interesse para a discussão *“é o processo interpessoal vivido entre o enfermeiro e o doente”*, ou seja expor e discutir a verdadeira essência da enfermagem.

Sabemos que a formação dos enfermeiros não releva apenas da estrutura formativa das organizações de saúde. Ela inscreve-se, também, numa política de conjunto que permite aos enfermeiros a troca de ideias no próprio serviço, conforme constatámos pelo que disseram os sujeitos do estudo, em colóquios, jornadas ou congressos, ou mobilizar os recursos bibliográficos existentes

(Hesbeen, 2001). Para a mobilização de leituras, assim como a participação em colóquios, jornadas ou congressos, referiram que:

“(...) muito do que eu aprendo na bibliografia completo com as conversa com os utentes (...) (E A, p. 7)”

“procuro ler muito (...) (E B, p. 5)”

“(...) bibliografia, formação programada com acções de formação (...) (E C, p. 7)”

“Utilizo a pesquisa bibliográfica para melhorar o meu desempenho, (E E., p. 7)”

“(...) cursos de formação que a gente de vez enquanto faz, (E F, p. 9)”

Quanto às acções externas, ou sejam, colóquios, jornadas ou congressos, estas *“são, muitas vezes, excessivas”*, mas têm a vantagem de favorecer trocas de experiências entre os participantes (Hesbeen, 2000, p. 141). A este propósito, um dos sujeitos do nosso estudo referiu que *“A gente vai a umas acções de formação, (...) Depois se queremos aplicar algumas coisas do que aprendemos nas acções de formação conseguimos aplicar umas e outras não, (E G, p. 7)”*.

Em jeito de conclusão podemos referir que os enfermeiros do nosso estudo consideram as pessoas idosas um recurso formativo, referindo que aprendem muito com elas em termos humanos e profissionais.

Encaram a formação como um processo de desenvolvimento pessoal ao longo da vida, no qual cada um vai adquirindo e descobrindo e desenvolvendo novas capacidades, e reconhecem a importância que tem a formação adquirida em contexto de trabalho com pessoas idosas. Nos seus discursos encontrámos referências ao que têm aprendido por trabalharem num serviço onde predominam pessoas idosas.

Encontrámos, também, nos seus discursos, algumas experiências entendidas como formadoras, porque deram destaque ao processo de construção e de desconstrução do que foi feito.

Referiram-se também, à mobilização de leituras e à frequência de acções de formação para melhorarem o seu desempenho profissional junto das pessoas idosas.

Conclusão do Capítulo V

Neste capítulo explicitámos a caracterização, a apresentação e a análise dos dados.

Caracterizámos os sujeitos identificando-os por ordem alfabética e referimos que todos desempenhavam funções nos serviços de Medicina e de Cardiologia há mais de cinco anos.

De seguida fizemos uma apresentação dos dados, por entrevista, sintetizando o que de mais significativo, para o nosso estudo, encontrámos em cada uma.

A análise dos dados consistiu numa análise dos temas encontrados nos discursos dos sujeitos, tendo em conta os objectivos do nosso trabalho. A análise dos dados teve por base, a par de outros autores, a teoria de Jean Watson, os quais foram uma referência para a compreensão dos mesmos.

Assim, constatámos no primeiro tema a preponderância da importância das vivências da infância, principalmente com os avós, para os enfermeiros gostarem de pessoas idosas. E consideram as pessoas idosas, pessoas com uma grande experiência de vida e um saber vivenciado pronto a partilhar.

No segundo tema identificámos que o cuidar de pessoas idosas prendeu-se com intervenções de ajuda, considerando-a como um todo. Referiram, também, a importância da família para o processo de cuidados da pessoa idosa.

No terceiro tema constatámos que os enfermeiros consideram as pessoas idosas um recurso formativo, porque aprendem com elas em termos humanos e profissionais. Referiram-se, também, à troca de experiências com colegas, à participação em eventos formativos, como jornadas e congressos, como preponderantes contributos para os seus processos de formação.

CONCLUSÃO DA PARTE II

Explicitámos, no Capítulo IV, a opção metodológica, justificando que optámos por uma abordagem qualitativa por ser a que é capaz de captar os fenómenos de forma holística, o que contribuiu para a compreensão do fenómeno no seu contexto. Daí termos enfatizando, não só as suas características, mas também, a sua pertinência no tipo de estudo que nos propúnhamos realizar.

Para além de descrevermos o tipo de estudo que nos propúnhamos realizar, sobre como se formam os enfermeiros, na sua prática profissional, para cuidarem de pessoas idosas, referimo-nos também aos sujeitos do estudo, dizendo que foram seleccionados intencionalmente e de acordo com os critérios enumerados que se encontram em anexo. Por último descrevemos os procedimentos utilizados na recolha, na apresentação e na análise de dados.

No Capítulo V, fizemos, respectivamente, a apresentação e a análise dos dados.

A análise dos dados consistiu numa análise dos temas encontrados nos discursos dos sujeitos, tendo em conta os objectivos do nosso trabalho, realçando o que nos pareceu mais significativo, de acordo com os objectivos do nosso estudo.

Assim, tendo em conta os objectivos do nosso estudo e os discursos dos sujeitos foram encontrados três grandes temas, e que foram:

- Factores que contribuíram para gostar de pessoas idosas
- Cuidar de pessoas idosas
- Recursos formativos mobilizados

De forma sumária, identificámos, no primeiro tema a importância que teve para os enfermeiros as vivências da infância, principalmente com os avós, para gostarem de pessoas idosas. Neste tema predomina a ideia de que os enfermeiros vêem a pessoa idosa como uma pessoa com uma grande experiência de vida e um saber vivenciado pronto a partilhar. Identificaram também, a solidão presente em muitas delas e, por trabalharem com pessoas idosas, consciencializam-se do processo de envelhecimento.

No segundo tema constatámos que o cuidar de pessoas idosas prendeu-se com intervenções de ajuda, de assistência, de suporte, de facilitação e de incentivo perante necessidades evidentes ou antecipadas das pessoas idosas, e a importância que tem para os enfermeiros o conhecimento da pessoa como um todo para assim caminharem com elas na resolução dos seus problemas. Fizeram, também, referência à importância dos contributos da família para o processo de cuidados à pessoa idosa.

No terceiro tema constatámos que os enfermeiros consideram as pessoas idosas um recurso formativo, pois referiram que aprendem com elas em termos humanos e profissionais. Nos seus discursos encontrámos referência ao que têm aprendido por trabalharem com pessoas idosas. Também encontrámos nos discursos dos sujeitos algumas experiências entendidas como formadoras, porque lhes deram destaque ao processo de construção e de desconstrução do que foi feito. Referiram, também, a troca de experiências com colegas, a participação em eventos formativos, como jornadas e congressos, como preponderantes contributos para os seus processos de formação.

CONCLUSÃO GERAL

Partimos para a realização deste trabalho com o objectivo de compreender como se formam os enfermeiros, na sua prática profissional, para cuidarem de pessoas idosas, e para tal procurámos encontrar respostas que fossem conducentes à problemática de investigação e aos objectivos do trabalho.

Assim, com o objectivo de encontrarmos respostas para as nossas questões, começámos por abordar na parte I – Formação e prática profissional de enfermagem às pessoas idosas, Capítulo I – A Educação/Formação de Adultos, as diferentes acepções dos termos educação e formação, bem como a teoria tripolar da formação que, estruturando-se em torno de três pode representar a descoberta do que constitui a experiência individual e colectiva, podendo a formação de adultos desenvolver-se em tornos destes três pólos. No entanto, encarado nesta interacção com os pólos, o conceito de autoformação tem ganho maior consistência e tornado a chave nos processos de formação de adultos. Na autoformação, abordámos as diferentes perspectivas sobre a autoformação, e a autoformação e o decurso da vida no trabalho. Na formação e experiência abordámos o conceito e o papel da experiência, a formação experiencial e a reflexão e transformação das experiências dos enfermeiros.

No Capítulo II – A prática dos Cuidados de Enfermagem – foram abordados aspectos ligados à prática dos cuidados de enfermagem: o cuidar em enfermagem, incidindo o nosso olhar no conceito de cuidar, nos cuidados de enfermagem, e nos cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde. Por último abordaremos a perícia do desempenho no desenvolvimento profissional do enfermeiro baseando-nos no Modelo de Aquisição de Perícia de Stuart e Hubert Dreufus, aplicado à enfermagem (Benner, 1995), onde enfatizámos a importância de se estudar a prática dos enfermeiros peritos.

Neste contexto, a prestação de cuidados de enfermagem centrada na pessoa, perspectiva uma orientação para o cuidar, que para Watson, (1985, 1988); Leininguer, (1988); Benner e Wrubel, (1989); Collière, (1989) e Hesbeen, (2000, 2001), constitui a essência da própria enfermagem.

Referimos também, que o cuidar, constituindo-se a essência da enfermagem, não deverá ser só apanágio dos enfermeiros, mas de todos os profissionais de saúde. Contudo, o cuidar em enfermagem é um cuidado que se dirige sempre à pessoa em interação constante com o meio ambiente e com o seu semelhante em contínua mudança, proporcionando-lhe acompanhamento afim de a ajudar a encarar todas as mudanças com que se possa confrontar. Neste sentido, podemos dizer que os enfermeiros mobilizam *cuidados de manutenção de vida e cuidados de reparação*, (Collière, 1989).

No Capítulo III – A Pessoa Idosa – abordámos aspectos ligados ao envelhecimento demográfico em Portugal; à sociedade e à família face ao envelhecimento, e aos serviços de saúde face às pessoas idosas, referindo que a sociedade está a envelhecer à custa do aumento da esperança de vida e da diminuição acentuada da natalidade. Damos especial destaque à pessoa e ao processo de envelhecimento; ao conceito de si, ao conceito e ao processo de envelhecimento e aos factores relacionados com o processo de envelhecimento, onde referimos que o processo de envelhecimento é condicionado por factores intrínsecos (factores genéticos e hereditários) e factores extrínsecos (estilos de vida, estado nutricional, ambiente, actividades, sistema de saúde, educação), e embora constitua um destino biológico e natural, ele é influenciado pelo contexto social e cultural em que a pessoa se insere e é vivido de forma variável por cada pessoa.

Por último, abordámos o contexto e o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa; a problemática do envelhecimento que se coloca à enfermagem, e os cuidados de enfermagem à pessoa idosa, onde referimos que as organizações de saúde, como subsistemas sociais e os enfermeiros como membros desses subsistemas, também são influenciados pelos valores

sociais dominantes, como o prestígio, a técnica, a saúde e a juventude física, os quais não encontram eco, de uma forma geral, nos serviços cujos utentes são na sua maioria pessoas idosas. Nestas unidades de saúde, os enfermeiros que nelas trabalham, ainda são desvalorizados, assim como é desvalorizada quer a velhice e a própria imagem social das pessoas idosas. Contudo, há enfermeiros que vêem a pessoa idosa como uma pessoa com uma grande experiência de vida, e com um saber vivenciado e acumulado pronto a partilhar, e os cuidados de enfermagem, a estas pessoas, a objectivarem-se de diferentes maneiras, mas a terem sempre em conta que cada pessoa é única e irrepetível.

Na Parte II, – A Enfermagem e a Pessoa Idosa, explicitámos, no Capítulo IV, a opção metodológica adoptada, justificando que escolhemos a abordagem qualitativa por ser aquela que é capaz de captar os fenómenos de forma holística, contribuindo, assim, para a compreensão dos fenómenos no seu contexto.

Neste capítulo, para além de descrevermos o tipo de estudo que nos propúnhamos realizar, referimo-nos aos sujeitos do estudo, dizendo que foram seleccionados intencionalmente de acordo com os critérios de selecção. Por último fizemos uma descrição dos procedimentos utilizados na recolha e na análise dos dados.

No Capítulo V, fizemos respectivamente, a caracterização dos sujeitos, a apresentação e descrição dos dados, onde apresentámos uma síntese de cada entrevista, do que se constituía pertinente para a problemática em estudo, e a análise dos dados a partir dos três temas encontrados, tendo por base os objectivos do nosso estudo e os discursos dos sujeitos.

Apresentaremos, de seguida, as principais conclusões que emanaram do nosso trabalho que terão por base os temas encontrados.

Factores que contribuíram para gostar de pessoas idosas

Os enfermeiros têm consciência que foram as vivências da infância, particularmente as vivências com os avós, a par da educação recebida na infância, que foram significativas para gostarem de pessoas idosas.

Referem, também a importância que teve o contacto com as pessoas idosas durante os estágios em geriatria, aquando do Curso de Enfermagem, para gostarem de pessoas idosas.

Encontrámos enfermeiros que foram colocados em serviços onde predominam pessoas idosas por imposição, mas que desenvolveram estratégias que tiveram a ver com mudanças que tiveram de imprimir no *saber estar* com as pessoas idosas e no trabalho que com elas desenvolveram, e começaram a gostar de pessoas idosas.

Constatámos, também, que foi pelo contacto com as pessoas idosas, e pelo que aprenderam com elas, com a riqueza das suas experiências, que lhes desenvolveu o gosto para cuidarem destas pessoas.

Os sujeitos do nosso estudo identificam a pessoa idosa como uma pessoa com uma grande experiência de vida e um saber vivenciado pronto a partilhar, desprendida de coisas e valores materiais, por quem sentem carinho e lhes despertam interesse.

Identificaram a solidão nas pessoas idosas, referindo que estas se sentem abandonadas, indefesas, isoladas, em sofrimento, a necessitarem de apoio, por carências afectivas, físicas e sociais. Estas situações foram identificadas nas pessoas idosas em internamento, e referiram que muitos problemas podem ser agravados pela solidão e pelo abandono.

Identificaram, também, nas pessoas idosas a ternura, a serenidade, a sinceridade e a transparência.

Os sujeitos do nosso estudo referiram que as pessoas idosas encaram melhor a doença do que um adulto, e que são mais transparentes no que sentem e apresentam.

As pessoas idosas não gostam de ser tratadas como crianças, pois criam a sensação de dependência e inferioridade, principalmente quando começam a sentir-se melhores.

As pessoas idosas gostam de falar do passado, conversando e contando as suas recordações, e algumas rezam muito, foram algumas características encontradas no discurso dos sujeitos.

Referiram-se às limitações dos sentidos (audição e visão) e limitações de ordem física, provocadas pelo próprio processo de envelhecimento, ou agravadas pela doença, e em face disso mobilizam diversas estratégias para lidarem com a situação.

Identificaram, também, que a percepção de abandono a que são votadas as pessoas idosas, prende-se com a estrutura familiar actual, necessitando esta, também, de apoio, conforme percebem.

Referiram-se às posturas adoptadas em relação às pessoas idosas e dos impactos que podem ter nessas pessoas, as nossas posturas de acreditar ou não acreditar que são válidas, que são capazes de produzir e que têm um lugar na sociedade.

Por trabalharem com pessoas idosas, alguns enfermeiros começam a consciencializarem-se do seu próprio processo de envelhecimento, e começam a compreender as vivências das pessoas idosas e a considerar a velhice como um período de crescimento e de desenvolvimento, contudo, estão apreensivos quanto ao seu futuro como pessoas idosas.

Cuidar de pessoas idosas

O cuidar de pessoas idosas foi identificado com intervenções de ajuda, de assistência, de suporte, de facilitação e de incentivo perante as necessidades evidentes ou antecipadas das pessoas idosas, de forma a melhorarem a sua condição de saúde ou de bem estar.

O estimular as forças vivas da pessoa, tendo por objectivo promover o auto-cuidado, esteve presente quando referiram o promover e o aproveitar ao máximo as capacidades da pessoa.

Referiram que o envolvimento da família no processo de cuidados, tem por objectivo mobilizar todos os recursos, e perceber até onde podem envolver a pessoa idosa.

Referiram importância do conhecimento da pessoa idosa como um todo para a prestação dos cuidados de enfermagem, e o modo como nos aproximamos e de como lidamos com o corpo da pessoa pode ter um grande impacto na prestação de cuidados, tanto na pessoa como no enfermeiro.

Demonstraram satisfação por trabalharem com pessoas idosas, vêem-nas como pessoas que têm muito para nos dar, e sentem-se bem quando as vêem sorrir e a preocuparem-se consigo mesmas.

Que as pessoas idosas também se sentem satisfeitas e úteis pelos cuidados que lhes são prestados e por participarem activamente nos seus cuidados.

Acreditam no que fazem às pessoas idosas, sentem-se satisfeitos, e gostam do que fazem, pelos resultados do seu trabalho nestas pessoas, e pela satisfação que se lhes percepçiona.

Um dos sujeitos manifestou insatisfação no cuidar de pessoas idosas, quando se referi ao facto de, por muito esforço que pudesse fazer, as pessoas acabavam por morrer.

Cuidar de pessoas em fim de vida, também foi motivo de satisfação para um dos sujeitos, pela possibilidade que uma pessoa teve de morrer no Hospital, conforme seu desejo, rodeada da família e da enfermeira.

Recursos formativos mobilizados

Identificámos que os enfermeiros estão conscientes de que podem usufruir, para a sua vida pessoal e profissional, dos conhecimentos que as pessoas idosas são detentoras, pelo que verbalizaram a esses respeito.

Estão conscientes de que a pessoa idosa é um recurso formativo, e que aprendem muito com elas, a cuidar delas e das outras pessoas.

Os enfermeiros reconhecem a importância que tem a formação adquirida em contexto de trabalho com pessoas idosas, aprenderam, por exemplo a que as pessoas idosas não gostam de ser tratadas como crianças.

A consciencialização do processo de envelhecimento esteve presente nos discursos dos sujeitos, quando a enfermeira se posiciona de forma atenta as mudanças que esse processo acarreta nas pessoas.

Com a experiência profissional aprenderam a importância que tem para a pessoa idosa o seu envolvimento no processo de cuidados.

Encontrámos, em alguns discursos, situações de cuidados, em que algumas experiências foram entendidas como formadoras, porque os enfermeiros deram destaque ao processo de construção e de desconstrução do que foi feito.

A prática profissional com pessoas idosas, também teve uma preponderância marcada, sobre o olhar da formação, e gostarem de cuidar de pessoas idosas tem-lhes permitido a aquisição de conhecimentos.

A partilha de experiências com os colegas, como objectivo privilegiado para melhorar a prática profissional, esteve presente nos discursos dos sujeitos, pela consciencialização de que as práticas de cuidados se constituem percursos analíticos que podem conduzir à formação.

A mobilização de leituras e a frequência de eventos formativos, como colóquios, jornadas, congressos, esteve presente nos discursos dos sujeitos, como conducentes à melhoria dos seus desempenhos junto das pessoas idosas.

Tendo em conta as principais conclusões, julgamos ser de toda a pertinência termos presente algumas características pessoais para cuidar de pessoas idosas, para que o cuidado de enfermagem seja verdadeiramente um cuidar, conduzindo a pessoa a compreender-se a si própria, favorecendo-lhe a escolha, o controlo e a autodeterminação, e preservando-lhe a dignidade humana. Este processo requer uma vontade e um comprometimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro.

Verificámos também que a par dos contextos organizacionais, os enfermeiros consideram a pessoa idosa portadora de uma infinidade de recursos prontos a partilhar, e da importância que essa partilha pode ter para ambas as partes.

Gostaríamos, ainda, de referir a importância que teve questionarmos a prática destes enfermeiros, pelos contributos que nos deram para compreendermos a problemática em estudo.

Por último gostaríamos de referir que o envelhecimento constitui um processo dinâmico e diferencial que se inicia na infância e que termina na morte da pessoa, e é importante interiorizarmos isso para assim podermos compreender a velhice dos outros e construirmos a nossa própria velhice, pois conforme referiu um dia Bertrand Russel (e cito de memória), a vida assemelha-se ao curso de um rio, em que a nascente é a infância, a adolescência é a corrente impetuosa descendo a montanha. O curso do rio serpenteando calmamente os campos, a idade adulta, e o estuário, onde as águas se vão misturar no mar, a velhice.

BIBLIOGRAFIA

ABRUNHOSA, M A; LEITÃO, M (1980) – Introdução à Psicologia. Lisboa, Asa, Vol. I, 163 pág.

ALMEIDA, A (1996) . Metodologias de Investigação em Ciências de Educação – Questões Epistemológicas. Actas do VIII Colóquio Nacional. Univ. de Lisboa

AMBRÓSIO, T. (1998) – O Novo Paradigma Educativo na Sociedade Pós-Industrial, Lisboa, (mimeo).

BARDIN, Laurence (1977) – Análise de Conteúdo. Persona, Ed. 70, 225 pág.

BASTO, Marta L (1998) – Da Intenção de Mudar à Mudança. Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras. Lisboa, Editora Rei dos Livros, 203 pág. ISBN 972-51-0760-8.

BENNER, P. e WRUBEL, J. (1988) – The Primacy of Caring, Ed. Addison Wesley Publishing Company, 425 p.

BENNER, P. (1995) – De Novice à Expert: Excellence en soins infirmiers. InterEditions, Paris, 253 pág. ISBN 2-7613-0924-3.

BERGER, M, e MAILLOUX-POIRIER (1995) – Pessoas Idosas, uma abordagem global, Lisboa, Lusodidacta, 1995, ISBN 972-95399-8-7.

BOGDAN, R. ; BIKLEN, S. (1994) – Investigação Qualitativa em Educação. Uma introdução à teoria e aos métodos. Porto Editora, ISBN 972-0-34112-2.

BOTELHO, MA; RENDAS, A; CORREIA, M (1999) – Saúde dos Idosos. Problemas e Prevenção. In Cidade Solidária, nº3 Ano II, 2º semestre. Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, pp. 66-67. ISSN: 08474-2952.

CANÁRIO, R. (1998) – Formação na mudança: três orientações estratégicas: In Pensar Enfermagem, Lisboa, ESEMFR. Vol. 1 nº 2 pp. 20-23.

CANÁRIO, R. (1999) – Educação de Adultos. Um campo e uma problemática. Educa, Lisboa, 151 pág. ISBN 972-8036-21-3

CARRÉ, P. (1992) – L'autoformation dans la formation professionnelle. Études et expérimentations en formation continue, nº 13, La Doc. Française.

CLONINGER, Susan (1999) – Teorias da Personalidade, São Paulo, Martins Fontes, 625 pág. ISBN 85-336-1106-4

COLLIÈRE, M. F. (1989) - Promover a vida, Lisboa, Sindicato dos enfermeiros portugueses, 385 pág. ISBN 972-95420-0-7.

COMISSÃO INDEP. POPULAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA (s/d) – Cuidar o Futuro, Trinova Editora, Lisboa.

COSTA, M. A. C. – (1998) – Enfermeiros. Dos percursos de formação à produção de cuidados, Fim do Século Edições Lda., Lisboa, 159 pág. ISBN 972-754-125-9.

COULOMB, Louise (1995) – Talking with Patients. Is it Different When they are Dying?. In Canadian Family Physician, (vol. 41), 423-437. CME.

COUCEIRO, Maria do Loreto (1992) – Processos de Autoformação: uma produção singular de si próprio. Dissertação apresentada na Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação, área de Educação E Desenvolvimento, Monte da Caparica.

COUCEIRO, Maria do Loreto (1998) – Autoformação e transformação das práticas profissionais dos professores. In Revista de Educação, vol. VII, nº2,

Departamento de Educação da F.C, da UL, pp. 53 – 61.

COUCEIRO, Maria do Loreto (2000) – Autoformação e coformação no feminino: Abordagem existencial através das histórias de vida. Dissertação apresentada na Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Educação.

COURTOIS, B. e PINEAU, G. (1991) – La Formation Expérientielle des Adultes; La Doc. Française. Paris, 347 pág. ISBN 2-11-002635-9.

COURTOIS, B. (1992) – La formation en situation de travail: une formation expérientielle ambiguë. In Education permanente nº 122.

COURTOIS, B. (1995) – L`expérience formatrice: entre auto et ecoformation. In Education permanente nº 122.

COUVREUR, Chantal (2001) , Qualidade de vida. Arte para viver no século XXI. Loures, Lusociência, 197 pág. ISBN: 972-8383-21-5

DELORS, J. (1998) – Educação, um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Inter. sobre Educação para o Séc. XXI. Ed. Asa, Lisboa.

DIAS DA SILVA, Marco, A (2000) – Quem Ama Não Adoece. O papel das emoções na prevenção e cura das doenças, Cascais, Pergaminho, 334 pág. ISBN 972-711-387-7.

DOMINICÉ, P. (1991) – La Formation Expérientielle: un concept importé por penser la formation. In La Formation Expérientielle des Adultes; La Docum. Française. Paris, pp. 53-58.

DONALDSON, Jean e WATSON, Roger (1996) – Loneliness in elderly people: an importante area for nursing research. In Journal of Advanced Nursing, 24, 952 – 959)

DOSSEY, Barbara; M., KEEGAN, Lynn; GUZZETTA, Cathie; KOLKMEIER, Leslie (1995) – Holistic Nursing - A Handboock for Practice. Garthersburg, Maryland: Aspen Publishers, 721 pág. ISBN: 0-8342-0574-2.

ERIKSON, H E (1968) – Identidade, Juventude e Crise, Rio de Janeiro, Zahar Ed., (2ª ed.).

ERMIDA, J. G. (1996) – Envelhecimento Demográfico, Doença e Cuidados de Saúde. In Geriatrics, Lisboa, (85) 13-25.

FERNANDES, Purificação (2000) – A Depressão no Idoso. Lisboa, Coimbra, Quarteto Editora, 165 pág. ISBN 972-8535-61-9.

FERREIRA, P. (1999) – Guia do Animador: Animar uma acção de formação, Lisboa, Multinova, 286 pág. ISBN: 972-9035-51-2.

FERRY, G. (1987) – Le trajet de la formation, Paris, Dunod.

FIDALGO, António (1990) – Vivência. In LOGOS – Enciclopédia Luso Brasileira de Filosofia, Lisboa, Verbo, Vol. 5, col.

FONTAINE, Roger (2000) – Psicologia do Envelhecimento, Lisboa, Climepsi Editores, 194 pág. ISBN 972-8449-65-8

GALVANI, P. (1992) – L'autoformation et fonction de formateur. Trois perspectives d'exploration, nº 13, La Doc. Française.

GIL, A. C. (1991) – Método e Técnicas de Pesquisa Social. 3ª ed. Editora Atlas S. A., S. Paulo, 1991, 206 p.

GLONINGER, Susane (1999) – Teorias da Personalidade, São Paulo, Martins Fontes, 625 pág. ISBN 85-336-1106-4

GUSTAVE, N. F. (1992) – A dinâmica social - Violência, poder, mudança. Maneta ISPA, Lisboa pp. 191-216.

HENNEZEL, Marie (1997) – Diálogo com a morte, Lisboa, Editorial Notícias, 173 pág. ISBN 972-46-0793-3

HESBEEN, Walter (2000) – Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar, Loures, Lusociência, 201 pág. ISBN: 972-8383-11-8.

HESBEEN, Walter (2001) – Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar, Loures, Lusociência, 220 pág. ISBN: 972-8383-20-7

HONORÉ, B. (1992) – Vers l'oeuvre de formation. L'ouverture à l'existence. Paris, Harmattan.

JOSSO, C. (1987) – Da formação do sujeito ao sujeito da formação. In NÓVOA, A. e FINGER, M. (1988) – O método (auto) biográfico e a formação. (Cadernos de Formação nº1). Lisboa: Ministério da Saúde, DRHS.

JOSSO, C. (1991) – Cheminer vers soi. Ed. l'Age d'Homme, Lausanne, Suisse.

JOSSO, C. (1993) – Peut-on séparer la recherche de la formation et la formation de la recherche en éducation des adultes? In Penser la formation. Contributions épistémologiques de l'éducation des adultes. Ed JM Baudivin, C Josso. Genève: Fac. de P. e des Sciences de l'Education.

KEROUÁC, S, *et al.* (1994) – La pensée Infirmière. Conceptions et Stratégies, Maloine, Ed. Études Vivants.

KOLB, D. (1984) – Experiential Learning. New Jersey, Englewood Cliffs, Prentice Hall.

LAZURE, H. (1994) – Viver a relação de ajuda, Lisboa, Lusodidacta, 215 pág.

L'ÉCUYER, R. (1985) – El concepto de si mismo. Oikos, Tau, S.A., Barcelona.

LEININGER, M. (1985) – Qualitative Research Methods in Nursing. Grune & Stratton, Orlando, Inc., 361 p.

LEININGER, M. (1988) – Caring: an essential human need, Detroit, Wayne State University Press, 163 p.

LEONARDO BOOF (1999) – Saber Cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra. Editora Vozes, Petrópolis, 199 pág. ISBN 85.326.2162-7

LOPES, Maria dos A P (1993) – Como eu estou a cuidar? In Servir, Lisboa, 41 (2) pág. 59-67.

LOPES, Maria dos A P (1994) – Cuidar ma Intimidade. Intimidade no cuidar. Sentimentos vividos por enfermeiros e doentes durante os cuidados de manutenção da vida, Dissertação de Mestrado no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa, 232 pág.

LOPES, Maria dos A P (1998) – Tocar: uma técnica que humaniza (no prelo)

MAGÃO, M T (1992) – Cuidar, significado e expressão na formação em enfermagem. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende, no âmbito de Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem, Lisboa. 114 pág.

MALGLAIVE, G. (1995) – Ensinar adultos, Coleção Ciências da Educação, Porto Editora. p. 70 -101

MOORE, Thomas (1997) – O sentido da alma. Como desenvolver a dimensão profunda e sagrada da vida quotidiana. Planeta Editora, Lisboa, 6ª edição, 325 pág., ISBN 972-731-040-0

MORAGA, Manuel (1992) – Cuidar: promover a qualidade de vida. In Modelo de análise da prática profissional de enfermagem, DRHS.

MORIN, Edgar (s/d) – Ciência com Consciência. Mem Martins, Publicações Europa -América.

MORIN, Edgar (1970) – O Homem e a Morte. Mem Martins, Publicações Europa –América, Biblioteca Universitária n.º 19, 327 pág.

MORSE, Janice (1999) – Qualitative Generalizability. Qualitative Health Research. Vol. 9, (1), Sage Publications, Inc. 5-6.

NADEAU, J. G. (1989) – Um modèle praxéologique de formation experiencielle. Education permanente nº 100/101.

NAZARETH, José (1988) – Unidade e Diversidade da Demografia Portuguesa no final do Século XX, Col. Portugal, Os Próximos 20 anos, III volume, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian

NÓVOA, A. e FINGER, M. (1988) – O método (auto)biográfico e a formação. (Cadernos de Formação nº1). Lisboa: Ministério da Saúde, DRHS.

OLIEVENSTEIN, Claude (2000) – A Arte de Envelhecer, Lisboa, Editorial Notícias, 152 pág. ISBN 972-46-1104-3

OLIVEIRA, Abílio (1999) – O Desafio da Morte, Lisboa, Editorial de Notícias,

254 pág. ISBN 972-46-1044-6

OMS (1984) – La protection de la Santé des personnes âgées, pp. 111-127.

PAPALIA, Diane e OLDS, Sally (2000) – Desenvolvimento Humano, Porto Alegre, ARTMED Editora.

PARSE, R. *et al* (1985) – Nursing Research: Qualitative Methods. Maryland, Bray C. Company, 207 p.

PATTON, M Q (1990) – Qualitative Evaluation and Research Methods. Sage Publications, 2ª edição, ISBN 0-8039-3779-2.

PEARSON, A e VAUGHAN, B (1992) – Modelos para o exercício de enfermagem. Lisboa, Associação católica dos enfermeiros e profissionais de saúde, 178 pág. ISBN 0-433-24902-1.

PIMENTEL, Luísa (2001) – O Lugar do Idoso na Família. Coimbra, Quarteto Editora, 244 pág. ISBN 972-8535-66-X

PINEAU, G. (1988) – A Autoformação no Decurso da Vida: entre a hetero e a ecoformação. In NÓVOA, A. e FINGER, M. (1988) – O método (auto) biográfico e a formação. (Cad. de Formação nº1). Lisboa: Ministério da Saúde, DRHS.

PINEAU, G. (1991) – Formation expérientielle et théorie tripolaire de la formation. In COURTOIS, B. e PINEAU, G. (1991) – La Formation Expérientielle des Adultes; La Documentation Française. Paris, 347 pág. ISBN 2-11-002635-9.

POLETTI, R. (1997) – Hospitalização da pessoa idosa. Dificuldades e elementos favoráveis. In Servir, Lisboa. 25:2 pp. 57-62.

POLIT, D. e HUNGLER, B. (1995) – Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3ª ed., Artes Médicas, Porto Alegre, 391 p.

QUARESMA, M.(1991) - Velhice ou envelhecimento? In Servir, 30:2, pp. 19-21

QUIVY, Raymond (1992) – Manual de Investigação em Ciências Sociais. Gradiva, 1ª Edição, 275 pág., ISBN 972-662-275-1.

REBELO . M.T. (1996) – Os Discursos nas Práticas de Cuidados de Enfermagem: Contributo para a análise das representações sociais de enfermagem. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de mestre em Ciências da Educação – Área de Pedagogia na Saúde, 170p.

SANTOS, Boaventura S. (1998) – Um Discurso Sobre as Ciências, Edições Afrontamento, Lisboa, 10ª edição, ISBN: 972-36-0174-5.

SALGUEIRO, G. (1990) – O Envelhecimento da População, ed. A.N.A.E.P., Março, pp. 1-3.

SKEET, M. (1991) – O papel dos Enfermeiros no ano 2000 e para além. In Servir, 39 (4), Lisboa, pp. 167-169.

SWANSON, Kristen (1993) – Nursing as Informed for the Well-Being of Others. In Journal of Nursing Scholarship, 25 (4), 352-356.

TESCH, Renata (1990) – Qualitative Research: analysis types & software tools. New York: The Falmer Press Ed., 330 pág. ISBN 1 – 85000 – 609 – 1.

VALA, J e MONTEIRO, M (1993) – Representações sociais – para uma psicologia social do pensamento social. In VALA, J e MONTEIRO, M (1993) – Psicologia Social, Lisboa, F.C.G., Pág. 353-384.

WALTER, Béatrice (1988) – Le Savoir Infirmier. Editions Lamare. 257 p.

WATSON, J. (1985) - Nursing. The philosophy and science of caring, CO: Colorado Associated University Press, 321 pág. ISBN 0-87081-154-1.

WATSON, J. (1988) - Nursing: Human science and human care, Copyright Publication, National League for Nursing, 111pág. ISBN 0-88737-417

SITES CONSULTADOS NA INTERNET

<http://www.dqsaude.p:>

<http://www.ine.pt>

<http://www.ine.pt/srea/>

ANEXOS

Anexo I – Guião das entrevistas

Guião de Entrevista

1 – O que o leva a prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas?

2 – A sua prática profissional tem-no ajudado a cuidar de pessoas idosas? Como?

3 – Que recursos mobiliza tendo por objectivo melhorar o seu desempenho profissional junto das pessoas idosas?

Anexo II – Entrevistas

Entrevista de A

Inv – O que é que te leva a prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas?

Suj – Comecei a prestar cuidados a pessoas idosas por imposição, mandaram-me para o serviço de Medicina, nunca sequer tinha pensado que um dia poderia trabalhar com idosos, uma vez que já trabalhava há 10 anos com crianças. Daí que foi muito engraçado, porque comecei a gostar de cuidar de pessoas idosas porque aprendi muito com elas, com a experiência de vida delas. Não só em termos da diversidade que eles acarretam em termos de patologia, mas a experiência bonita que eles trazem da vida e que nos ajudam a melhorar a prestação de cuidados. E isso é que me leva cada vez mais a gostar de trabalhar com pessoas idosas, porque com eles aprende-se bastante, aprendemos a lidar com outras pessoas, aprendemos a experiência de vida para casa, aprendemos experiência de vida no serviço, e dá-nos uma ideia de que realmente as coisas, não se passam, por vezes, como nós pensamos, como gente mais nova, mas que quem já viveu setenta e tal anos, tem muito para nos dar, para nos ajudar a tratar dele como dos outros.

Inv. – Essa tua prática tem-te ajudado a cuidar dessas pessoas?

Suj. – Eu não tenho uma prática de muitos anos a cuidar de pessoas idosas, tenho uma prática para aí de 5 anos, mas posso dizer a prática profissional tem-me ajudado a cuidar de pessoas idosas, porque no primeiro ano foi complicado, no segundo ano já foi melhor, eu sei que eles [idosos] ajudaram-me. As pessoas idosas que eu cuidei ajudaram-me a ultrapassar isso, e o terceiro ano já foi melhor e agora já vai muito bem. Penso que a prática ajuda-me e ajudou-me a cuidar das pessoas idosas.

Inv. – Que transformações ocorreram na tua pessoa com a tua prática com pessoas idosas?

Suj. – Em termos de prestação de cuidados ou em termos de pessoa?

Inv. – Em termos de prestação de cuidados e em termos de pessoa?

Suj. – Antes eu pensava que tratar ou cuidar de gente idosa, era cuidar de alguém que vai morrer e que já não havia mais nada a fazer, mais nada para dar, as Medicinas, eram um armazém de velhos, em que nem valia a pena fazer nada, aquilo era prestar cuidados de higiene e deixar ficar. Com isto eu aprendi que não é assim, isto está completamente errado, embora muitas vezes, nas Medicinas, as pessoas sejam internadas para morrer, porque isso acontece muito e cada vez nos acontece mais, porque a família não deixa que o seu doente morra em casa, ou por medo, ou por não ter condições, ou porque a vida os leva a isso, vem

cá trazê-los ao hospital e eles muitas vezes morrem connosco na Medicina e nós sabemos que ele veio para morrer mas mesmo assim, isso dá-nos uma experiência diferente, deu prazer que as coisas não são bem assim. Cuidar de pessoas idosas não é cuidar de alguém que já não tem nada para fazer, de alguém que chegou ao fim, mas é cuidar de alguém que ainda tem algo para fazer e que tem a continuidade de vida, ou que se está a preparar para a morte, e que precisa também, muito de ajuda. Estes anos a trabalhar com pessoas idosas deram-me prazer porque as Medicinas não são armazéns de pessoas idosas são serviços onde se cuidam de pessoas que ainda têm muito para nos dar.

Inv. – Tens algum caso que te chame mais à atenção que te lembres mais, ou que queiras recordar?

Suj. – De ir para morrer tenho algumas experiências. Há pouco tempo tivemos uma experiência de uma senhora que veio dos Estados Unidos para cá para morrer com a família. Não quis morrer em casa porque achou que a família não teria condições. Veio a família para cá para o Hospital, a filha ficou cá durante o dia, depois passou a ficar durante a noite, a senhora decidiu que queria morrer no Hospital e morreu connosco. Nos últimos dias de vida, ela já pedia para morrer, quando chegou ainda achava que poderia viver mais algum tempo e que se calhar ainda se ia levantar da cama e ia caminhar. Isso não aconteceu, à medida que a senhora foi piorando ela pediu para morrer connosco, e que queria morrer o mais depressa possível porque estava a sofrer. Em termos de terapêutica deu-se a terapêutica analgésica para não ter dores, deu-se analgésicos potentes. Em termos de acompanhamento, sempre que a filha não estava, nós tentávamos acompanhar a senhora, uma vez que ela tinha decidido que gostaria de morrer com uma de nós, ou então com a família. A senhora acabou por morrer com uma colega e com a família, e a senhora morreu ... Não sei se morreu preparada para a morte, não sei se alguém morre preparado para a morte, mas eu penso que a senhora morreu com ar de satisfeita, pelo menos da vida que tinha e do final de vida que levou, de ter sido na Medicina connosco, com enfermeiros ao lado, com a filha, com o genro, e com alguém que sabia que estava sempre lá com ela.

Em termos de projectos de vida, é engraçado o que eu vejo e ainda há pouco tempo saiu do serviço uma senhora com 94 anos que tem um projecto de vida lindíssimo, ela tem o seu quintal, ela tem as suas plantinhas a crescer, tem as suas cenouras que vão dar não sei quando, as batatas que apanhou há pouco tempo, é gente que com 90 e tal anos tem um projecto de vida lindíssimo, e que tem possibilidade, com uma certa ajuda. Por vezes, nós necessitamos de pedir ajuda à Santa Casa, a alguém que passe por lá, porque nós não temos cuidados continuados, e é uma das falhas que temos em termos de Medicina,

provavelmente daqui a 3 ou 4 anos, podemos entrar nessa área, mas para já não. E com a ajuda das colegas lá do Centro de Saúde, da Santa Casa e das Assistentes Sociais, arranjam alguém que vai passando lá por casa de vez enquanto para ver e orientar a senhora, e a senhora vai fazendo a sua vida com 92 anos, uma vida que fez sempre no campo. Tem o seu quintalzinho, saiu há 2 dias da Medicina e vai para casa trabalhar no seu quintalzinho, fazendo as suas coisinhas, fazer a colheita para o próximo ano, segundo ela.

Inv. – Estas duas experiências que acabaste de referir foram-te significativas? Como?

Suj. – Uma pessoa muito mais nova veio para morrer, sabia que vinha para morrer, embora nos primeiros dias quando começou com a terapêutica melhorou ligeiramente, ela também tinha feito uma viagem grande, tinha vindo dos Estados Unidos e sabia que vinha para cá para morrer. Julgou, se calhar, que ainda se ia levantar, que ia andar, mas depois viu que realmente era o fim dela, que ela tinha que o preparar. Ela preparou a sua morte, dizendo o que é que queria deixar para a filha, preparou as coisas, dividiu por toda a gente o que é que pensava deixar a cada um, o que é que queria para as missas, deu-lhe tempo de fazer isso tudo e morreu satisfeita. Isto dá uma certa satisfação, porque é assim: preparar alguém para morrer que possa escolher o caixão como ela escolheu, a missa que quer, isso dá-nos uma certa satisfação, porque se calhar a pessoa aceitou que tinha chegado ao fim, e que esse fim podia ser preparado à sua maneira, à maneira de como a doente quis, deu-nos uma certa satisfação nisso, sem dor e como ela queria.

Nem sempre é assim com todas as doentes, por vezes não podemos fazer isso, mas caminhamos para lá, vamos devagarinho, mas caminhamos para lá para acompanhar os doentes até ao fim da sua vida. Que sejam eles, se tiverem capacidade para isso, que programem como querem, o que é que querem fazer, e que a gente os possa ajudar nesses sentidos.

A outra senhora, uma senhora muito mais velha, e que tem uma patologia diferente, tem umas úlceras de perna, uma gastrite, mas são coisas muito leves, e que nos dá para pensar um pouco.

A outra com 70 anos acaba aqui, programa o seu caixão, o funeral, as missas como é que vão ser, com o que é que a filha vai ficar, é uma experiência diferente.

A outra não, “eu quero ir para a minha casa, porque tenho batatas para retirar da terra, as cenouras, eu tenho 92 anos, mas ainda tenho muito mais para fazer.

É engraçado ver uma mulher com 70 anos a preparar a morte, e uma de 92 a preparar a vida.

Inv. – O que retiras daí, pessoal e profissionalmente?

Suj – Não há idade para morrer, enquanto as pessoas forem vivas, dêem-lhes possibilidades de elas tratarem da sua vida, quando estiverem para morrer, seja em que idade for ajudem-nas a morrer. Embora seja mais fácil falarmos em projectos de vida do que projectos de morte, mas depois de começarmos a ajudar, eu acho que é tão fácil, preparar um projecto de vida como um projecto de morte, e ajudar as pessoas nestes dois campos. Para mim, preparar estas duas doentes, uma para viver, outra para morrer, foi compensador, em termos finais, foi compensador porque, uma foi para casa e a outra morreu, morreu a fazer aquilo que queria.

Inv. – Ambas as situações foram-te significativas? Sendo assim o que é para ti ser idoso?

Suj – [Ser idoso] É ser uma pessoa que arrasta consigo uma experiência de vários anos de vida. Traz a experiência do lado bom, traz a experiência do lado mau, partilha com todos a experiência de vida, e traz para o Hospital uma experiência de vida de vários anos. Uma pessoa válida, uma pessoa com algumas potencialidades, porque se agente vê a pessoa mais idosa que está a viver e a pessoa mais nova a morrer, não quer dizer que idoso está a terminar a vida. Está, se pensarmos no ciclo de vida, se calhar o idoso está a chegar ao fim do seu ciclo de vida. A preparar-se para a morte, se calhar está. Mas eu penso que o idoso já tem vários anos de experiência.

Inv. – Na tua experiência profissional como é que vês o idoso?

Suj – Eu vejo-o como outra pessoa qualquer, com direito a ficar no Hospital, a ser cuidado, a viver na Sociedade, como outra pessoa qualquer. Mas eu vejo que eles sentem-se abandonados, sentem-se muito abandonados, sentem-se abandonados pela família, sentem-se abandonados pela Sociedade. Abandonados pela família, muitos fazem transparecer isso, outros não, hoje muitas famílias trabalham fora e têm pouco tempo para terem os seus idosos em casa. E então, os idosos estão nas casas de repouso e são pouco visitados ou estão nas suas casas e como são idosos não podem sair e são pouco visitados pela família, e sentem-se um bocado excluídos em termos de Sociedade. Muitos idosos no Hospital depois de terem alta não querem regressar a casa nem à família, porque no Hospital, não têm o melhor, mas têm alguém que está 24 Horas com eles. Têm gente que passa no corredor, tem o doente ao lado, e sentem-se muito mais acompanhados. E, se se sentem bem acompanhados no Hospital é talvez porque têm alguém com quem conversar, com quem partilhar, e que está com eles algum tempo.

Inv. – Na tua prática profissional com pessoas idosas que recursos mobilizas para melhorares o teu desempenho profissional?

Suj – Quando eu comecei, e como nunca tinha tido experiência com pessoas idosas, eu sempre julguei que não ia gostar de cuidar de pessoas idosas, e tive de fazer um esforço muito grande da minha parte para começar a trabalhar no serviço de Medicina, e aí já tive de mudar no saber estar com eles, em termos de capacidade de trabalho, pois era muito complicado estar a cuidar de pessoas idosas, agora neste momento eu penso que não tenho tanta dificuldade, ultrapassei. Em termos de mobilização de recursos, eu tenho que disponibilizar mais tempo para estar com o idoso do que com um adulto jovem, mas esse tempo é compensador, tenho que disponibilizar mais tempo porque tenho que falar muitas vezes mais alto, mais pausado, olhar para o idoso. Muitas vezes eles têm diminuição da acuidade auditiva, tenho de estar a olhar, têm diminuição da acuidade visual, tenho de estar mais perto, e disponibilizar mais tempo. Em termos de os ouvir, eles, por vezes trazem experiências de vida engraçadas, quando nos dão uma resposta vão buscar as suas experiências, sobre o que viveram e depois é que chegam à resposta da pergunta que se fez. Então o senhor deixou de andar há 8 dias? – Há pois, eu quando era novo, eu andava, eu ia às touradas, eu ia aqui, eu ia ali. E só há 8 dias é que eu deixei de andar. Então temos que disponibilizar tempo para estarmos juntos deles, para os ouvir e isso às vezes é muito complicado. Em termos de disponibilidade psicológica às vezes pode-se tornar um pouco cansativo e com um certo *stress*. É assim eu disponibilizo mais tempo para ouvir um, para ouvir dois, para ouvir três, e depois o restante trabalho, como o *ratio* de enfermeiros para o serviço de Medicina ainda está abaixo do que se pretende, e do que está estabelecido, começa a faltar tempo para o restante. Por isso cria uma carga de *stress* que é, por vezes, difícil de ultrapassar, para mobilizar o tempo, o *stress*, o poder estar, e em termos mentais vou ter que andar mais rápido para fazer outra coisa, e ao fim do dia é uma carga de *stress* grande.

Inv. – Disseste que tinhas tido uma maior experiência com crianças, depois vieste há cerca de 5 anos para o Serviço de Medicina, serviço onde predominam pessoas idosas, e que tiveste que mobilizar diversos recursos. Ora a pergunta que te faço basicamente é esta: que recursos mobilizaste, e que tens vindo a mobilizar para cuidares destas pessoas?

Suj – Na equipa os colegas ajudaram-me a trabalhar com idosos, em termos formativos socorri-me de alguma bibliografia, e depois com os idosos aprende-se muito.

Inv. – Além da bibliografia e de alguma formação programada que foste fazer, a tua experiência com eles tem-te sido muito proveitosa?

Suj – Tem sido muito proveitosa, mas nestas coisas é complicado dizer-se o que é mais ou menos proveitoso, mas se calhar é tão proveitosa como a pesquisa bibliográfica, como o relacionamento com a restante equipa, uma vez que ele [idoso] também começa a fazer parte da equipa. Tão proveitoso o relacionamento com o idoso pela experiência que ele nos dá. Ele [idoso] deu-me experiência para cuidar dele e com essa experiência eu cuidei dele e cuidei dos outros. A experiência com eles é tão proveitosa ou mais proveitosa dos que as outras.

Inv. – Essa tua experiência profissional com idoso é-te bastante significativa.

Suj – É significativa para mim e para eles. Os idosos sentem-se úteis ao participarem nos cuidados, pelo que conversam das suas experiências pelo que se faz e pelo que não se faz, e isso em termos de melhoria, mesmo do estado físico ajuda-os bastante, sente-me úteis a participarem nos seu cuidados.

Inv. – Queres recordar alguma situação que te foi particularmente significativa e útil no teu desempenho futuro?

Suj – Tive uma vez uma idosa a quem estava a prestar cuidados de higiene, ela estava destapada, o cortinado não estava corrido, e disse-me: “sou velha mas não quero ficar destapada, se não te importas puxa pelo menos o cortinado”. E isto foi uma coisa engraçada, nem sequer me estava a passar pela cabeça nem que era velho nem que era nova. E em termos de cuidados de higiene, olha estava a lavar a doente, sem sequer pensar, eu até estava a falar com ela, mas não me tinha apercebido disso, e ela chamou-me à atenção, “olha puxa-me o cortinado porque eu sou velha, mas o meu corpo não é para andar aí na amostragem”, e isto tem feito com que eu quando vou cuidar de outra pessoa pense no que estou a fazer: “puxa-me ao menos o cortinado, eu sou velha mas também tenho o direito de me proteger, não quero andar a passear o meu corpo e toda a gente a ver”. Isto até serviu para conversar com a equipa dizendo o que se passou, e depois pensarem: olha, agora quando eu for prestar cuidados de higiene vou estar atenta a que as pessoas se calhar não gostam de estar despidas”. Esta situação serviu-me para ela e serviu-me para outras situações, porque se aquela doente me chamou à atenção, esta se calhar também não vai gostar, e deixa-me tapar esta mulher para ela se sentir melhor.

Aqui há tempos estava a dar comida a uma doente, ela tinha um terço na mão direita eu estava a dar-lhe a sopa mas se calhar estava a dar-lhe com uma certa rapidez, e disse-

lhe: “a senhora vai comer com a sua mão porque a senhora quando for para casa vai comer com a sua mão”, e ela disse-me: “Ah minha filha eu já não posso”. “Então porque é que a senhora tem o terço naquela mão?” “Oh filha tenho este terço para rezar por mim e para rezar por vocês para terem paciência porque tu estás com muita pressa”. Foi engraçado, porque se calhar não me tinha apercebido da pressa que eu tinha, devia estar a dar-lhe a comida muito rápido e a senhora chamou-me à atenção para isso. “Eu vou rezar por mim e por ti para teres paciência porque estás com muita pressa e eu não posso alimentar-me. Dá-me a comida mas dá-me com mais calma e quando fores dar a outro faz da mesma maneira”, é o que posso retirar daqui.

Inv. – Consideras, portanto, as pessoas idosas um recurso de aprendizagem?

Suj – Considero as pessoas idosas um meio e uma boa fonte de aprendizagem, aprendemos muito com elas. Aprendemos com elas as coisas de casa, coisas que levamos para casa e para a nossa vida. Hoje mudei completamente a minha maneira de estar, e digo isso às minhas colegas mais novas que chegam cá, que a Medicina não é um armazém de gente velha, é um internamento com gente muito idosa que precisa de alguém para estar com eles, para os ouvir, para cuidar deles, com gente com uma riqueza muito grande em termos de experiência de vida e que nos dá um certo gozo em termos de cuidados, e que há muito para fazer. E eu não tinha muita experiência com idosos, agora também não posso dizer que tenho muita, 5 anos não são muitos anos de experiência. Se calhar com mais anos é que poderei dizer que tenho muita experiência, mas se calhar tenho experiência suficiente que deu para ver que as coisas não são bem assim, e que cuidar de gente idosa, não é o que eu pensava antes, há muita coisa a fazer, nem que seja para os ajudar a morrer, para os ajudar a viver, há sempre muito a fazer nestas idades.

Aprendemos muito com as trocas de experiências com os colegas, muito do que eu aprendo na bibliografia completo com as conversas com os utentes, com as formações em serviço que tenho com os colegas, e com colegas de outros serviços, penso, até arriscaria dizer que a experiência com os idosos foi a mais significativa, ajudou-me bastante, são aquelas coisas que não nos esquecem. Se calhar se eu for fazer uma pesquisa bibliográfica, sobre qualquer coisa, se calhar amanhã já me esqueci de alguma coisa, e quando acontece uma experiência significativa com alguém, as coisas não esquecem tão rapidamente e marcam de forma diferente, mas penso que as coisas complementam-se. Penso que é altura das pessoas começarem a fazer alguma coisa pelos idosos, e não ficarem só por boas intenções.

Entrevista de B

Inv. – O que te leva a prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas?

Suj. – Desde que, ainda não era eu enfermeira, comecei a viver muito cedo na minha casa com os meus pais, uma ligação muito forte com os meus avós, sobretudo da parte da minha mãe, com o seu pai e a sua madrasta. Íamos lá sempre visitá-los, tudo o que era diferente era para eles. Acho que a minha ligação com os idosos tem a ver com a minha infância, com aquilo que eu vivi na infância.

Depois tirei o curso, fiz o estágio em geriatria, no lar de idosos, aí fiquei de facto apaixonada pelos idosos, sobretudo porque acho que [os idosos] são pessoas que têm uma grande experiência de vida e que nos podem transmitir muitos desses conhecimentos. Acho que a relação com os idosos é extremamente gratificante porque, por um lado, aprendemos muito com eles [idosos], se queremos, aprendemos não só em termos profissionais, mas também em termos humanos, porque cada pessoa idosa é um mundo que tem um saber vivenciado muito grande e, se estivermos bem atentos, podemos tirar muito partido disso. Acho que é extremamente gratificante trabalhar com os idosos, independentemente da psicologia muito própria que cada um tem, porque há um ditado que diz que duas vezes somos crianças, e é verdade. Só que, se nós conseguirmos entrar no mundo de cada um deles acho que é gratificante porque é assim: embora com feitios diferentes e com personalidades muito próprias, uns mais rabugentos do que outros, mas se tivermos a capacidade de entrar no mundo deles e de nos fazermos aceitar por eles, o pouco que fazemos para eles parece sempre muito, enquanto que com outro tipo de grupos já não é bem assim; uma pessoa dá, dá, dá, e eles acham sempre que temos obrigação de dar muito mais. Acho que os idosos são extremamente ternurentos e eu gosto de facto de trabalhar com idosos

Inv. – Referiste que duas vezes somos crianças, o que queres dizer com isso?

Suj. – Pensando um pouco na infância, há muitas semelhanças entre as crianças de uma determinada idade e os idosos: os idosos fazem birras como as crianças, fazem cenas de ciúmes como as crianças, se damos mais atenção a um do que a outro são capazes de amuarem. Acho que têm mesmo muito a ver com as crianças, e depois são pessoas que exigem muita atenção e muitas vezes são um bocadinho egoístas, ou seja querem tudo para elas, acham que são o centro e portanto temos que lhes dar tudo, e acho que é interessante podermos ver isto e apercebermo-nos destes fenómenos de mudança do ser humano como é que era antes, como é que somos, e

como é que vamos ser ao fim de alguns anos, e eu acho que isso é interessante, e depois o apego que eles nos tem, falando agora como enfermeira, a entrega que fazem a nós, a própria paixão que chegam a sentir por nós, porque muitas vezes recordam-se dos seu tempos de adolescência, de adultos, e há qualquer coisa que nós fazemos despertar neles, e muitas vezes isso é que lhes dá uma certa vida. Eu acho isso interessante.

Inv. – O que é para ti ser idoso?

Suj. – Acho que é uma etapa da vida, e é uma etapa da vida que acho que é muito rica, a pessoa já teve oportunidade de viver situações, de as ultrapassar, já trabalhou, muitos já se reformaram, portanto, estão numa situação em que já não vivem a vida de uma forma tão apressada como enquanto adultos, e têm uma coisa que eu acho interessante, que é a serenidade com que olham para a vida, porque já não lhes preocupa chegar ao emprego a horas, não estão preocupados com as contas, com a casa, com tudo isso. Tudo isto já foi realizado, e então estão mais serenos.

O que me impressiona em alguns idosos é com o chegar a esta etapa, da reforma, não encontrarem alternativas, muitos deixaram de viver, pararam, pois para muitos ser-se velho é ser-se inútil, é não se poder fazer nada. E aqui eu acho que é gratificante para quem trabalha com eles, estimulá-los todos os dias nas pequenas coisas, a fazer-lhes perceber que apesar de terem aquela idade é interessante viver e que podem ser úteis de uma outra forma e numa outra dimensão. E com alguns consegue-se isso, e depois temos o *feed back* que é começarem a sorrir, começarem a preocupar-se em lavar-se, em cuidar-se em sentirem-se bem, e isto é interessante. Há outros, por outro lado, que vivem esta fase de outra forma, fazendo outras coisas, que enquanto trabalharam não tiveram oportunidade de fazer e então aceitam pertencer a este grupo etário e dedicam-se a outras coisas. E é vermos pessoas com oitenta e oitentas e poucos anos que têm uma mentalidade perfeitamente actualizada e que conseguiram perfeitamente aceitar esta nova etapa e que convivem muito bem com ela. É muito interessante entendermos estas coisas e lidarmos com todas estas situações.

Inv. – Que factores julgas poderem estar por detrás dessas situações?

Suj. – Eu penso que isto tem a ver com a nossa Sociedade, e com aquilo que se vai incutindo. Se eu acredito que os idosos são capazes de produzir e que são válidos naquela etapa da sua vida, e eu própria os estímulo e faço crer que eles são importantes, então isto vai passando, mas se eu tenho uma atitude de que os idosos

são uma nulidade, que não são capazes de fazer nada, que até são um estorvo, que incomodam, então isso também vai passando. Eu acho que tem muito a ver com a minha postura face à velhice, perante o idoso e a forma como eu encaro isso. E a forma, também, de como eu vivencio isso. Se calhar é por isso que existem muitos idosos que estão nos lares, e estão à espera só de morrer, e por aí fora.

Inv. – Como é que a tua prática com pessoas idosas te tem ajudado na tua vida pessoal e profissional?

Suj. – Eu hoje, ao fim de uns tantos anos de profissão e de lidar muito com os idosos, encaro a vida com uma maior serenidade, e uma das coisa que aprendi, e acho que foi interessantíssimo para mim, foi o poder encarar a morte com outra serenidade que não tinha anteriormente. Eu já assisti a várias mortes, cada uma diferente da outra, e estando atenta, recebendo mensagens, têm-me ajudado a viver melhor com essa situação, e acho que os idosos têm-me ensinado muito, têm-me feito crescer a nível pessoal e daquilo que eu dou importância. Se calhar dava importância a coisas que agora para mim não fazem grande sentido, e, por outro lado, tem-me feito pensar, e se calhar ajudam-me a prestar cuidados como eu gostaria que me prestassem um dia quando eu chegar a ser idosa, isso é fundamental. Se eu estou a prestar cuidados, e nunca tenho isto em mente, que um dia também poderei estar ali, naquela situação, como é que eu gostaria de ser tratada, eu acho que faz muito sentido. Eu sou nova e eu tenho a percepção da juventude, de tudo isto que eu sou. Mas se eu pensar que à medida que o tempo vai passando, eu vou perdendo toda esta capacidade, essa energia e essa força, a minha atitude perante o idoso muda um bocadinho. E se deixarmos transmitir isso ao idoso, o *feed back* que recebemos é gratificante. Para já, aprendemos a respeitar o idoso, como pessoa íntegra que é, é único, e portanto, estou muito mais atenta aquilo que ele gosta e não gosta, como gosta de ser tratado, se gosta de ouvir um piropo, se não gosta, se gosta que eu lhe faço um mimo, se não gosta, porque estou atenta, e se eu me colocar um pouco no lugar dele, a atitude é diferente.

Inv. – Gostarias de referir alguma situação que te tivesse sido significativa?

Suj. – Tenho várias situações, mas recordo-me de uma em que eu estava a prestar cuidados a um doente juntamente com outra colega, e a colega descobriu o senhor, e eu disse-lhe: “não, vamos só descobri-lo por partes”, e ele disse: “esta sabe o que está a fazer.” Nesse dia eu fui para casa e não pensei noutra coisa senão nisso. Quase que não pensei no que tinha feito, mas em casa reflecti sobre o quanto aquilo tinha sido

eficaz para aquela pessoa, essa situação marcou-me profundamente. E hoje em dia quando presto cuidados de higiene a um doente, acho que em mente tenho sempre a imagem daquele homem.

Recordo-me de um outro senhor, já idoso, que era a primeira vez que era hospitalizado, e que teve que ser algaliado, eu tinha idade para ser filha dele ou neta dele, e aproximei-me e o senhor ficou muito atrapalhado, expliquei-lhe o que lhe ia fazer, e que se houvesse alguma coisa que ele não gostasse que dissesse. Fiz o que tinha a fazer, quando acabei, ele agradeceu-me e começou a chorar, disse-me: “olhe senhora enfermeira, gostava de lhe agradecer, pela forma de como cuidou de mim, porque a senhora respeitou aquilo que era mais íntimo para mim, cobriu-me com os panos.” Essa situação também me marcou. pois cada pessoa tem a sua individualidade, e cada vez mais é importante respeitarmos isso, e sempre que possível eu faço um esforço muito grande por fazê-lo porque acho que isso é muito importante.

Tive outras situações semelhantes que me têm feito pensar nisso e que me têm obrigado a fazer um esforço para me melhorar em relação a isso. Também tenho situações engraçadas: um dia estava a limpar, a prestar cuidados e a limpar um pénis a um senhor, e ele saiu-se com esta: “Ah isso faz-me lembrar quando eu tinha 18 anos.” Pronto, eu achei interessante, respeitei, não passou daqui, mas acho que a forma como nós lidamos com o corpo do outro tem muita importância e pode ter repercussões positivas ou negativas, consoante o modo como nós fazemos as coisas, e é extremamente importante, porque, por vezes, fazemos as coisas tão mecanicamente, que não pensamos no que os nossos gestos podem provocar nos outros, e a dimensão desses gestos, e portanto, pode ser positivo como pode ser negativo, e é importante estarmos despertos para estas situações. Cada pessoa é única e tem de ser cuidada como tal, seja quem for, seja o que for, e com o que quer que tenha é sempre uma pessoa. Nós não podemos tratar um braço, uma perna, uma cabeça, mas sim tratar um todo, e eu aprendi isso na escola, mas se calhar foi preciso vir para a psiquiatria para ver que há um todo e não bocados.

Inv. – Ao longo da tua vida profissional que recursos mobilizas para melhorares o teu desempenho profissional?

Suj. – Para além do saber aprender, do saber adquirir, da experiência do dia a dia, do estar atenta e desperta para estas situações, na relação com o outro eu procuro ler muito que é uma das coisas que eu gosto e sobretudo coisas que me poderão ajudar a lidar com um ou outro aspecto. Na relação com os idosos, que é uma coisa que eu

gosto muito, gosto de aprender a psicologia deles, como é que eles são, porque é que reagem desta forma, o que é que os torna tão dependentes, o que é que eu poderei fazer para melhorar isso, como é que eu poderei relacionar-me com eles de uma forma sem ser ofensiva. Se bem que há outras coisas, há congressos que nós vamos. Eu faço sempre uma selecção daquilo que me interessa, não vou a um congresso só por ir, vou por aquilo que me interessa, e há sempre troca de ideias com colegas que é sempre importante, mas é essencialmente através das leituras que tenho feito, e da minha experiência diária do contacto com estas pessoas e daquilo que elas me vão despertando e valorizando que me vou formando também, e acho que é desse conjunto de coisas, que têm contribuído para eu melhorar a minha relação junto das pessoas idosas. E uma coisa que eu acho que faz muita falta e que se calhar, não digo já, mas no futuro, as pessoas vão começar a pensar em entrar pelo mundo da troca de experiências, porque fala-se muito em formação disto, formação daquilo, mas cada pessoa tem inúmeras experiências que são diferentes das outras pessoas e se pudessem partilhar essas mesmas experiências num espaço próprio que lhes fosse permitido, eu acho que isso teria muitas repercussões, porque nós aprendemos muito com os idosos, aprendemos com os erros dos outros, mas também aprendemos com a experiência dos outros, e se eu puder melhorar a minha actuação com a experiência dos outros numa determinada área eu acho que isso é interessantíssimo, e se calhar está na altura de nós pararmos um pouco e criarmos esses espaços para podermos trocar impressões, não ficarmos só a falar da clínica, da patologia, mas falarmos da minha relação com aquele doente com aquela patologia, como é que eu vivi essa experiência, como é que o outro viveu, como é que eu viveria em situações semelhantes, eu acho que isso é positivo, e seria muito enriquecedor.

Inv. – Tens tido algumas vivências com colegas sobre o que acabaste de dizer?

Suj. – Sim com aqueles que nos estão mais próximos e que estabelecemos uma relação de amizade, com quem acabamos por trocar as nossas experiências. Acho que seria importante não ser só com esses mas com todos os outros, porque é importante para todos os outros, e se calhar se houvesse esse espaço as pessoas, claro que é difícil, porque envolve sentimentos, e é sempre difícil as pessoas falarem sobre isso, mas acho que com um pouco de treino seria importante e as pessoas acabariam por aprender a falar abertamente das coisas, porque isso até melhora a minha atitude no meu trabalho. Coisas que no dia a dia podem correr menos bem e se nós tivermos um espaço em que possamos dizer o que a gente sente o que a gente

vive, nós somos tratados, discutirmos as coisas no bom sentido acho que isso pode melhorar a nossa actuação

Inv. – Queres referir experiências em que tenhas participado tendo por objectivo melhorar o teu desempenho?

Suj. – Aquando da minha passagem pelo Centro de Saúde trabalhei com uma colega que tinha muita dificuldade em relacionar-se com os idosos, e eu falei com ela e nós dispusemo-nos a fazer um trabalho pessoal, e penso que deu imensos resultados e quando saí do CS eu penso que ela estava perfeitamente à vontade, melhorou bastante a sua relação com os idosos, e a grande dificuldade que ela tinha em lidar com os idosos e aceitá-los, era que para ela há pessoas idosas que são muito rabugentas, nunca estão satisfeitos com nada, nada lhes agrada, e como ela era uma pessoa muito instável, não estava satisfeita com nada, daí ela reagir mal quando os idosos faziam críticas, estavam sempre a exigir, daí a enorme dificuldade que ela tinha, e foi preciso nós trabalharmos nisso para ela perceber aspectos para ela própria melhorar a sua actuação, e foi um trabalho muito interessante. Eu acho que é fundamental aquilo que se recebe na infância para cuidar de idosos, e com a proximidade com que as crianças estão com os seus avós, eu acho que pode ser muito benéfica, porque são pessoas que estão mais disponíveis, que já não têm aquele *stress* do trabalho. Se calhar até têm mais paciência para contarem histórias, e depois estabelece-se uma relação com os avós que me parece que depois perdura pela vida fora e acho que a minha atitude com toda a minha experiência tem muito a ver com a relação que eu estabeleci com os meus avós na infância. O carinho a ternura que eu sinto pelas pessoas idosas e que me fascina cada vez mais trabalhar com gente idosa penso que tem a ver com essa relação.

Entrevista de C

Inv. – O que te leva a prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas?

Suj. – Desde criança sempre gostei mais de lidar com os idosos; sempre tive melhor comunicação com eles do que com os mais novos. E foi mais isso que me levou a ter especial predileção pelos idosos. Não sei bem porquê, mas foi uma coisa que desde a escola me marcou e me definiu, eu querer e gostar de trabalhar com idosos. Não sei o que é que me levou a gostar de trabalhar com idosos. Sei que a determinada altura dei por mim a trabalhar com idosos. Deve ter sido alguma coisa inconsciente. Sempre tive melhor relação e comunicação com pessoas idosas. Talvez tenha a ver com a minha formação antes de ser profissional é a única justificação que eu encontro. Não sei se tenho mais alguma.

Inv. – Houve situações ao longo da tua vida que possas considerar significativas para gostares de cuidar de idosos?

Suj. – Sempre gostei de idosos e sempre tive a tendência de me entender melhor com pessoas idosas, às vezes até mais do que com os da minha idade. Mas dizer que houve alguma coisa especial, um marco, penso que não. Pelo menos não tenho noção.

Inv. – Durante a tua infância tiveste alguma relação mais próxima com pessoas idosas?

Suj. – Sim, na minha infância tive os meus avós sempre presentes, os meus tios. Na altura não haviam colégios, não haviam infantários e era sempre com pessoas mais idosas, pessoas mais velhas do que eu. A partir do momento em que entrei para a Escola foi como todas as outras crianças. Tive sempre o acompanhamento dos meus avós e se calhar isso foi significativo. Eu não posso dizer que foi isto ou aquilo. Agora, acho que tem a ver muito antes da formação na Escola. Penso que tem a ver com a própria formação de cada um.

Inv. – Julgas que não foi só a tua formação escolar, mas também a tua história de vida?

Suj. – Se analisar as coisas dessa maneira e tentar encontrar motivos, acho que é isso. Eu analisando as coisas julgo que atribuo a isso...

Inv. – Ao relacionamento que tiveste com os teus avós e à relação muito próxima que tiveste com eles?

Suj. – Penso que sim e também com pessoas mais idosas, desde pequena tinha a companhia dos avós, depois com a formação. E dávamo-nos todos bem, nunca houve grandes atritos, nem os meus pais me afastavam de pessoas idosas.

Inv. – Como é que a tua prática profissional com pessoas idosas te tem ajudado a cuidar dessas mesmas pessoas?

Suj. – A minha prática profissional? (...) A formação na escola ajudou-me ainda mais a gostar e a prestar cuidados, a compreender melhor as coisas, a compreender melhor o idoso, em todos os aspectos, e a minha prática profissional levou-me a arranjar mecanismos para aprender outras coisas que a escola não me deu. Eu que já sou profissional que lido com idosos já começo a ver as coisas de outra maneira. Em termos de prática? Esta pergunta agora está a baralhar-me um bocadinho

Inv. – A tua prática profissional como é que te ajuda a melhorar o teu desempenho profissional? Achas que tem importância ou influencia?

Suj. – A minha prática de enfermagem tem-me ajudado a cuidar de pessoas idosas. A partir do momento de eu já ter essa predisposição anterior ao curso, depois durante o curso de enfermagem ter tomado consciência de que estava mais vocacionada, que me sentia melhor, que gostava mais de prestar cuidados a pessoas idosas do que a pessoas adultas ou jovens, a prática de enfermagem é obvio que eu depois de uma formação que me dá bases, que me dá conhecimentos concretos, e sólidos, é obvio que eu a partir dessa altura, nesse caso ajudou-me mais e continuo a ter esse gosto pelos idosos, e a prática de enfermagem, continuo a investir, continuo a gostar e a ter boas experiências, e a gostar de lidar com os idosos. Em termos profissionais eu também só presto cuidados mais a idosos. E continuo a achar que é aos idosos que eu gosto de prestar cuidados, estou mais à vontade com eles.

Inv. – Porque dizes que te sentes mais à vontade?

Suj. – Não muito fácil trabalhar com idosos, nunca analisei essas coisas. Faço a prática normal embora consiga às vezes ter resultados.

Inv. – Tens referido que gostas mais de cuidar de idosos, porque dizes isso?

Suj. – Por várias coisas, primeiro eles [idosos] em termos de cuidados não são muito exigentes, gostam mais de ouvir, de serem ouvidos, não são muito exigentes em termos de cuidados, de se lhes explicar. São facilmente encaminhados, e orientados e

ouvem, e eu goste essencialmente de promover a independência deles, mas também não é muito fácil lidar com eles, porque temos de lhes mostrar muita experiência de início, ele nota logo se a pessoa está à vontade ou não está, e também a diferença de idades leva-os a: ou têm confiança e a pessoa consegue fazer alguma coisa, ou então, se não têm confiança eles notam logo se a pessoa não tem experiência suficiente, se é verdinho como eles dizem, e a partir daí é muito difícil levá-los a tomarem consciência das orientações e dos ensinamentos que fazemos, de prestarmos cuidados, pois eles às vezes ficam um bocadinho desconfiados. Acho que é preciso promover ao máximo a independência deles, e eu às vezes tenho problemas com a minha chefe por causa disso, porque desde que a pessoa tenha condições para fazer, deve fazê-lo, e às vezes eles só precisam de serem incentivados. Alguns gostam de ser paparicados, mas acho que é numa fase em que realmente estão doentes, e quando eles estão doentes fisicamente agente nota logo, eles têm muito menos problemas psicológicos em encararem a doença mais do que um adulto. Às vezes um adulto; que até fisicamente não está assim tão mal, mas a parte psicológica, porque tem trinta, tem quarenta, está muito baralhada, torna-se mais dependente e sente-se pior. O idoso, embora psicologicamente também possa estar afectado, mas quando está fisicamente debilitado é mais transparente, nota-se isso. Quando ele começa a ficar melhor, também demonstra que está bem, que não tem dores e gosto de os ver irem para a mesa comer. Acho que eles também gostam de, até certo ponto, ser paparicados, mas depois a partir de uma certa altura, não gostam de ser tratados como bebés quando começam a sentir-se melhor, isso é o que eu acho, eu vejo isso pela minha experiência. Há uma certa tendência para tratar os idosos como bebés, se calhar têm algumas semelhanças, mas acho que é das piores coisas que se pode fazer a um idoso, e embora haja quem goste, a maioria, pela minha experiência não gosta. [Os idosos] gostam de ser tratados sem diminutivos, sem coitadinho, mais os homens do que as mulheres. É importante promovermos a independência, por exemplo, uma pessoa que fez levantar para um cadeirão e está ali há 3 ou 4 dias e há a mania de meterem uma mesa à frente para ela comer. Eu gosto que essa pessoa vá à mesa, deve levantar-se, dar 3 a 4 passos. Às vezes devemos ter tempo e paciência, para estar a dizer vamos, porque eles não querem, mas depois eles ficam bem, a gente nota, eles sentem-se melhor. Há que incentivá-los a ir. "Olhe venha comer aqui à mesa, venha dar 3 passinhos". Para mim acho que é o principal, promover independência do idoso. Não é muito fácil, e depois não há muita frequência. Depois a Sociedade vê muito o idoso como um coitadinho que não pode e depois ... mas isso é a todos os níveis, mesmo na enfermagem, e estou a falar de colegas meus, e estão

sempre “ai coitadinho, coitadinho, deixa-se estar, põe-se na boca”, e é isso que vemos muitas vezes.

Inv. – Para ti o que é ser idoso?

Suj. – Ser idoso é acumular uma série de experiências, é ter uma forma diferente de ver as coisas, muito menos materialista, mais humana, mais desprendida das coisas materiais e dos valores materiais, e quer a gente queira quer não, como prestamos cuidados de enfermagem e lidamos com pessoas idosas em que a parte física também se degrada, há que promover e aproveitar ao máximo as capacidades físicas da pessoa.

Inv. – Quando exerces a tua prática profissional com pessoas idosas, que recursos mobilizas tendo por objectivo melhorar o teu desempenho?

Suj. – Há coisas que eu aprendi ao longo da experiência e há coisas que eu, talvez pela minha forma de estar me ajudaram: uma das coisas que me ajudou foi gostar de ouvir, sem falar muito, de escutar as experiências, não só as experiências de saúde em relação ao Hospital, o que é que aconteceu, mas também a experiência de vida deles, sem querer ser intrometida, sem querer saber pormenores da vida de cada um. As pessoas idosas gostam de falar do que fizeram e do que não fizeram, deixar espaço para eles falarem sobre o que quiserem. Abordá-los sempre com uma certa calma, isso é uma coisa que eu aprendi com os tempos, às vezes sou um pouco mais agitada, mas uma coisa que eu aprendi com os tempos e que os assusta muito quando estão na cama é uma pessoa chegar a correr, entrar e sair, mesmo sem fazer barulho. Às vezes tem de ser, mas é tentar ir o mais calmo possível, porque eles vão querer que a gente pare para falar qualquer coisa, nem que seja o mínimo possível. Em relação a isso é preciso explicar-lhes as coisas, o que é que lhes estamos a fazer, com uma linguagem que eles percebam. Por exemplo quando se faz uma técnica e dentro do possível, deve-se explicar nem que seja o mínimo, porque o idoso vai entender. Também há que envolver a família para sabermos até que ponto podemos envolver mais o idoso. Por exemplo em termos hospitalares, de uma maneira geral, eles gostam que os enfermeiros falem com a família, que lhes expliquem o que têm. Às vezes eles nem sequer querem saber, nem precisam que se lhes explique o que têm, mas acho, pelo que vejo pela minha experiência, eles adoram ver o enfermeiro falar com a família, com os filhos, também com o cônjuge, mas mais com os filhos, às vezes são eles mesmo a pedir isso. Há que envolver a família. Eu tento sempre saber o que está à volta do idoso. Às vezes dizem que eu sou chata, que vou saber coisas

que têm a ver com a assistência social, mas é também uma forma de ajudar, porque não é só o doente que entra no serviço, há que ver tudo e envolver tudo, não olhar só para a doença, há que utilizar todos os recursos.

Inv. – São esses os recursos que tu usas para melhorares o teu desempenho?

Suj. – Uso a minha experiência profissional e aqui tenho que misturar tudo: é com a experiência que nós aprendemos a lidar com os idosos, aprendemos a lidar e a mostrar segurança mesmo em termos práticos, por exemplo, quando administramos um injectável, ou um soro, temos que mostrar segurança, se não deixam de ter segurança e ficam sempre um pouco desconfiados, e começa a ser mais difícil o relacionamento. Há coisas que eles depois não falam, ou falam pouco ou esperam que seja outro e nota-se que quem lhes vai prestar cuidados tem de mostrar confiança, mas penso que em todo o lado. Pois se me estiverem a prestar cuidados e não me estão a mostrar muita confiança, eu acho que não vou ficar muito bem e com eles é a mesma coisa e eles notam logo se a pessoa está ou não à vontade. Às vezes nem são os anos de serviço que contam, porque eles não sabem se a gente trabalha há 5, 10 ou 20 anos, mas é a forma como os abordamos que eles fazem logo um *rx* e vêem logo: “olha esse tem experiência, esse não tem experiência”, e quase sempre acertam.

Inv. – Deste bastante ênfase à tua experiência profissional para melhorares o teu desempenho profissional. Que outros recursos mobilizas?

Suj. – Tudo o que eu trago de trás, a minha forma de estar, não é propriamente uma formação profissional. É obvio que as duas coisas juntas levam a que eu consiga prestar os cuidados, como a minha chefe diz, com os idosos e gostar de prestar os cuidados aos idosos. Não sei bem o que foi, é a experiência profissional, e é esse *background* que a gente já traz que tem a ver com a maneira de estar, o gostar de ouvir. Se bem que nunca pensei porquê, agora é que comecei a pensar, deixa-me lá ver porque é que eu presto bons cuidados aos idosos, pois para mim é normal, é a minha forma de agir. É verdade que estou muito mais à vontade do que há 6 ou 7 anos, penso que é assim mesmo, depois também tenho a experiência do lar, é diferente aquele grupo de pessoas, e isso levou-me muitas vezes a pensar, pois aquela experiência do lar está muito presente, pois aquilo é um lar e embora no lar as pessoas não estejam abandonadas pela família, têm essa ideia, se vão para um lar é porque estão abandonadas, nem que eles vão lá visitá-lo 15 a 20 vezes por dia. E essas pessoas querem falar muito e querem alguém que os ouça, e se apanham

alguém de confiança eles sentam-se e falam horas e horas, e levou-me a pensar mais sobre o assunto. E aqui no Hospital as coisas são mais passageiras nesse aspecto.

Inv. – Achas isso importante para prestares melhores cuidados?

Suj. – Acho que sim se a pessoa sentir confiança e em termos de instituição se esta puder dar resposta, como por exemplo dinheiro para que a pessoa possa comprar medicação, se calhar é uma das coisas que na altura está a preocupar a pessoa, mas não demonstra, sabe que daqui a dois dias vai ter alta e que depois leva uma série de medicamentos que ela não pode comprar, e se pudermos detectar isso acho que é também para isso que nós somos, não é só para dar um injectável e melhorar a situação, a dor. A minha perspectiva é esta: resolver os problemas das pessoas, e as pessoas ficam melhores do que aquilo que estavam. São coisas que podem levar algum tempo a detectar, as coisas não saem assim logo na primeira abordagem, vamos vendo aos poucos; há ali qualquer coisa de esquisito. Penso que isso tem também a ver com a filosofia do próprio serviço, se houver alguma coisa que não esteja bem eu actue logo, não é só a parte da doença.

Inv. – E voltando um pouco atrás, como recurso para melhorares o teu desempenho, utilizas a tua experiência profissional, utilizas as experiências de vida dos idosos, utilizas outros recursos?

Suj. – Eu quando falo da minha prática profissional eu englobo experiência profissional, bibliografia, formação programada com acções de formação com alguma coisa que me interesse para melhorar o meu desempenho.

Inv. – Queres referir situações significativas no teu desempenho profissional?

Suj. – Por exemplo esta noite, temos uma pessoa internada que é considerada uma pessoa extremamente difícil e também a família, se calhar mais a família. O senhor sabe que vai embora, e esta noite ele descompensou, ele tem 95 anos, e embora já debilitado tem uma boa parte psicológica, ele quer é andar e mexer, e ninguém o conseguia meter numa cama de grandes, mas era um desatino, já caiu duas vezes, e encontrei-o numa das vezes já quase a cair da cama, e ele gritava que não queria as grandes. Eu já lhe tinha falado 2 a 3 vezes, mas ele maltratava e batia e às tantas pensei: “isso não pode ser”, e tive que levantar um bocadinho mais a voz, foi o que eu fiz quando lhe expliquei de novo as coisas pois acho que ele estava lúcido e orientado, calmamente expliquei-lhe porque é que tinha de ser a grade, ele continuou com a mesma agressividade, eu tivesse também que me impor e o certo é que aquilo foi

remédio santo. Eu vi que ali não havia só doença, havia muita coisa por trás, havia revolta não propriamente dirigida à gente, mas mais dirigida à família, e ele percebeu perfeitamente bem. Acho que os devemos tratar como adultos e não como crianças e coitadinhos, temos de lhes explicar as coisas. Tentou-se explicar, e deu-me a sensação que percebeu o que é que eu lhe estava a dizer, ele estava perfeitamente orientado, e eu tive de ser firme, não é gritar nem bater no homem. E foi eficaz, ele até de manhã esteve que nem uma jóia, e tocava a campainha quando precisava de alguma coisa. Não basta dizer que tem de ficar aí quieto, há que explicar porque é que tem de ficar ali quieto, porque pode cair, pode magoar-se, penso que as pessoas entendem. Temos de lhes explicar as coisas desde que as pessoas estejam orientadas.

Entrevista de D

Inv. – O que te leva a prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas?

Suj. – Voltando ao princípio, desde o princípio da carreira, como sabes, uma parte da formação que nós temos durante o estágio, durante o curso de enfermagem, em Medicina, em que aprendemos bastante, e depois também teve a ver com a colocação que me fizeram aqui nos Hospital. No Hospital da Horta em que trabalhava com pessoas idosas e não idosas, e depois quando cheguei cá sou colocada na Medicina por vontade própria. Aqui quando começo a trabalhar começo a orientar os meus conhecimentos para a pessoa idosa que é o que as Medicinas mais têm neste momento. Como vês não é o estar aqui e quero ir trabalhar com velhinhos, no entanto os idosos são uma faixa etária de uma população que eu tenho muito carinho, são pessoas que me despertam interesse, estão também um pouco indefesos na Sociedade no dia a dia e são pessoas que me despertam muito carinho, e no dia a dia eu vou ficando assim mais apegadinha a eles

Inv. – Foi só a partir de teres sido colocada na Medicina que passaste a gostar de idosos?

Suj. – Foi principalmente a partir daí que passei a gostar, mas como toda a gente as pessoas têm os seus avós. Eu tive uma avó que eu gostava muito e que me deu muito apoio quando eu era criança, ela praticamente é que cuidava de mim, porque a minha mãe como era uma pessoa doente não era muito chegada ao pé de nós. Éramos 5 filhos e ela é que nos cuidava, e era uma pessoa por quem eu tinha muito carinho; era uma velhinha que morreu com 87 anos, eu tinha na altura 14 anos, e era uma pessoa que eu tinha muito carinho por ela, mesmo hoje vejo, não sei se tem alguma coisa a ver com o passado, mas vejo que são uma faixa etária na população que precisa de muito apoio da nossa parte, desde as instituições hoje em dia não existem, desde os familiares que agente encontra numa Medicina, e tu que já trabalhaste cá deves saber como é que é, e que arranjam subterfúgios de todo o tipo e feitio para se desenvencilharem, de terem um idoso em casa para cuidarem, e se calhar é uma forma que eu encontro de compensar um pouco isso desde ter tido uma avó, de ver estas coisas que à primeira vista me repudiam, estas atitudes da parte dos familiares que a primeira atitude que têm é deixa-los, levá-los mesmo para o Hospital para que lá fiquem, mas se calhar ao fim e ao cabo estamos a julgar mal porque não sabemos dos problemas que têm em casa para terem atitudes destas para com os idosos. E mediante isto, eu ao fim e ao cabo acho que é compensador estares a cuidar de um velhinho, estares a dar-lhe um carinho, estares a fazer um tratamento qualquer

e é raro veres um idoso dizer saí daqui, agente pica um dedo para fazer uma glicémia e eles dizem muito obrigado e eu acho engraçado, pronto, é um sentimento interno, mas eu acho engraçado. Eu quando vim para aqui do Faial eu pedi para vir para a Medicina; eu tinha feito o meu estágio cá e tinha sido um estágio compensador, foi para a Medicina que eu pedi para vir trabalhar. Mas é indiferente, na altura era-me indiferente, indiferente não é bem indiferente, porque eu pedi para lá estar. O que acontece agora é que gosto de cá estar, gosto muito de cá estar, mas em termos de sexo tanto faz, ser velhinho ou ser velhinha, é compensador, porque eu também na Medicina apanho pessoas idosas e é compensador, a gente sente-se gratos, e mais gratificante se torna quando ao aplicarmos os nossos conhecimentos, vemos que as coisas dão frutos, em termos de tratamento, em termos do acompanhamento do doente no seu dia a dia, vemos a evolução, e a gente começa a pensar: “este fulano tem 80 anos mas ele está aqui rijo, e a gente contribuiu um pouco para isto”, o que se fosse numa pessoa de meia idade já não era assim tão compensador.

Inv. – Disseste há pouco que mesmo quando se vai picar um dedo que eles agradecem, o que te leva a dizer isso?

Suj. – Eu acredito que eles no fundo, eu penso que eles acreditam que tudo o que estamos a fazer, desde as picadelas é para bem deles, eu estou a referir isso como uma forma, acho graça, mas a realidade é essa, vais picar um doente e ele agradece, e eu acho engraçado, e sabes que isso acontece. Eu interpreto o agradecimento como uma forma de acharem que estamos a cuidar deles, uma forma de cuidar, apesar de tudo é uma forma de cuidar, e sabem que aquele acto que fizemos era com intuito de melhorar a saúde deles seja em que aspecto for, e também, pode ser uma pessoa educada com receios de ... mas eu não interpreto nesse sentido, acho que dizem isso mesmo, com o intuito de agradecerem.

Inv. – São todos esses factores associados que te levam a gostar de pessoas idosas?

Suj. – Sim, sim tem também muito a ver com a minha vivência antes de eu ser enfermeira, com esta vivência que eu tive com a minha avó, é também uma forma de dar aos outros aquilo que a minha avó não teve, éramos novos e mausinhos, se calhar é uma forma de compensar o que fazíamos.

Inv. – O que é para ti ser idoso?

Suj. – Ser pessoa idosa é assim: eu penso um bocado na velhice, o que é que vai ser quando eu chegar à idade da reforma e penso muito nisso, tenho um irmão que

também é assim. Nós na Sociedade em que vivemos, não temos estruturas de apoio e assusta-me muito, começo a pensar que vou chegar a velha e assusta-me muito quando penso nisso, quando me faltar as minhas capacidades, como vejo, às vezes nas pessoas, idosas, quando me faltar o apoio de familiares e acho que tenho uma visão muito negra da velhice, e vejo um pouco essas coisas em cada velhinho que está internado, em cada velhota que está internada, eu tento, falo com os familiares, e na forma como cuidamos das pessoas, no dia a dia, acabamos por nos aperceber de como vive em casa, do apoio que têm e do que não têm, e é rara a vez em que eu vejo uma alegria, uma harmonia.

A associação que eu faço de uma pessoa idosa é o isolamento, a pessoa idosa é uma pessoa isolada; existe pouco apoio para os idosos, temos uma casa de repouso que não dá resposta a coisíssima nenhuma e como tal eu nunca vi nenhum velhote dizer que gosta de lá estar, não sei porquê? Não conheço aquilo, não fiz estágio lá, acredito que as pessoas trabalham bem. Não sei como é que aquilo está estruturado, mas não vejo...

Inv. – Disseste que vês o idoso como isolamento, quando vês o idoso vês sofrimento?

Suj. – O sofrimento é a primeira coisa que me vem à cabeça quando se fala em idosos. Mesmo na rua, por exemplo, mas é a visão que a gente tem. Eu acho que se fores perguntar, eu não sei, mas acho que não sou a única que penso desta maneira, mas isto está um bocado ligado também ao facto de eu trabalhar no Hospital e trabalhar na Medicina, e vou para a rua, por exemplo há uma velhota aí na cidade que eu acho um *piadão* enorme, está à frente dos correios sempre a pedir, e outra é uma velhinha que anda na cidade sempre muito depressa, cheia de sacos, e a pergunta que faço a mim mesma, é se ela não tem ninguém para a ajudar, ela anda sempre cheia de pressa, se pergunto-me: “será que não tem ninguém para a ajudar a fazer as compras?” E ela anda por aí. Eu acho também que é da vivência do dia a dia aqui no Hospital, na Medicina, e com o sofrimento dos velhotes, e transporte para fora, e daquilo que eu vejo na rua, acho que não está muito correcto, mas é isso, a sensação que eu tenho hoje em dia: idoso é sinónimo de abandono, de sofrimento.

Inv. – Não conheces casos em que isso não aconteça?

Suj. – É raro, mas existem, conheço uma idosa que é uma boa pessoa e que parece ter uma boa família, mas também ela gosta de estar internada, porquê? É uma pessoa que tem muitos internamentos. Lembro-me perfeitamente de um dia, fim de semana, era uma Sexta-feira, foi á tarde, o médico deu-lhe alta e ela disse que não lhe dava

jeito ir para casa naquele dia, e eu escondi-a, mudei-a de sala para o médico não a ver e ela ficou ali até 2ª feira de manhã quando a família a foi buscar. No entanto eu vejo que na família ela tem muito apoio daquelas filhas, dos netos, e aquilo que eu vejo é que é um ambiente familiar agradável e ela até nem é uma velhota dependente. E porque é que ela quis ficar?

Inv. – Perguntaste-lhe?

Suj. – Na altura a justificação que ela me deu é que não lhe dava jeito, e eu até gosto muito da velhota, uma vez pelo Natal comprei-lhe um barrete do Pai Natal e pus-me a tirar fotografias a ela e ofereci-lhe um quadro com a fotografia dela que ela riu tanto à gargalhada, com o seu oxigénio no nariz, com os seus óculos e ela achou muita graça, rimos muito. Há situações que não são só aspectos negativos, mas no entanto há sempre uma coisinha por trás que me faz pensar: porquê? Isto faz-me pensar um pouco na forma como desempenhamos as nossas funções. Quando se interna um doente idoso a gente tem de lhe preparar para a alta e ao fim e ao cabo não acontece isso e o que acabamos por verificar é uma dependência muito grande do Hospital, e até os próprios familiares dependem do Hospital para tudo e mais alguma coisa: para fazerem uma viagem o Hospital é que serve. Ao lado da minha casa tenho uma velhota que me meteu impressão, ela é minha vizinha e eu nunca vi aquela velhota em casa. Fiquei abanada quando ela me disse onde é que morava, eu perguntei-lhe: “então onde é que a senhora está?” --- Eu estou em casa não saio para a rua por causa dos cães. Então qual é a vida da velhota? É uma vida como se fosse uma criança de colégio, a filha pega nela, isso é o que dizem, leva-a para o centro de dia da casa de repouso e depois vá buscá-la para casa ao fim da tarde, mas eu nunca vi a velhota, vi-a um dia dentro de carro, e ela já teve 3 a 4 internamentos na Medicina Mulheres. Mas meteu-me tanta impressão ela dizer não costuma sair para a rua e tem uma quinta lá para trás de eucaliptos. Disse-lhe: “a senhora desce os degraus e vá lá para trás cheirar aquilo”. E ela disse-me: “eu não saí a porta para fora com medo dos cães para eles não lhe pegarem”. E ela vive fechada dentro da casa.

Inv. – Essa tua prática profissional tem-te ajudado a cuidar de pessoas idosas? Como?

Suj. – Como enfermeiros, existe a parte mais...eu estou a querer separar a parte mais técnica, na escola dizem-nos que a gente tem de falar com a pessoa, falar, falar, falar, mas não sei se é com aquele espírito de competição e prevalece muito a parte técnica. Se eu fosse uma aluna e desatasse a falar com um doente e tivesse uma relação terapêutica ótima com um doente, eles não me vão valorizar isso, não acredito, e no

meu tempo de aluna foi assim e creio que hoje ainda é assim, portanto valorizam muito mais a parte técnica. Hoje, no dia a dia eu penso que a técnica já está connosco pois nós aprendemo-la ao longo do tempo. Estou a ver a relação terapêutica como a parte que o enfermeiro pensa mais e a técnica como uma parte que está incutida em nós e que já não a valorizamos tanto. No entanto, no dia a dia a gente tem sempre a tendência de levar situações que vivemos no dia anterior para o dia seguinte: o dia a dia é sempre um ensinamento para o dia seguinte. Por exemplo, hoje fazemos uma coisa que deu certo, no dia a seguir temos a tendência a fazer o mesmo; é como se fosse uma escada que a gente fosse subindo e fôssemos apanhando coisinhas pela escada acima, e serve sempre. Há experiências que a gente tem no dia a dia que só nos enriquecem e, eu estou-me a perder um bocado? (Inv – Não estás não, continua) Não? Pensei que me estava a perder. Eu pelo menos vivo a minha situação assim. Eu sou uma pessoa que gosto muito de ler, ao fim e ao cabo é o que tenho vindo a dizer, mas o que nos faz a formação, o que nos dá a formação são as nossas vivências do dia a dia com os doentes. Por exemplo na Medicina refilamos muito que temos muitas valências, mas isso enriquece muito uma pessoa, temos a Neurologia a Hematologia, a Oncologia, temos a Nefrologia, a gente refila, refila, mas temos que ser um pouco mais racionais, enriquecemos muito os nossos conhecimentos com todas essas valências Temos uma riqueza de conhecimentos

Inv. –Consideraras essas situações um recurso de aprendizagem

Suj. – Todas as situações práticas são o melhor recurso formativo que temos, e não me venham com histórias de acções de formação. Em termos de acções de formação eu frequento acções de formação, gosto de acções de formação, são coisas engraçadas e valorizadas na altura, são conhecimentos que a gente adquire, mas transportar aquilo para a prática eu acho, não sei? Eu fui a todos os congressos da Nursing e o ano passado fiquei tão chocada com coisas que vi, como por exemplo com os tratamentos das feridas, eu achei aquilo uma forma de publicidade a um determinado tipo de material que querem aplicar, do que propriamente uma forma de cuidar de uma ferida, de tratar de uma ferida. Fiquei desgostosa, mas gosto de ir a acções de formação, não digo que tenham só aspectos negativos, até as nossas Jornadas, valeram muito mais do que qualquer congresso da Nursing que eu fui, mas acima de tudo acho muito mais importante o dia a dia que temos com a pessoa idosa de enriquecermos e podermos adquirir conhecimentos com estas pessoas.

Em termos de formação pela leitura, gosto de ler, sou assinante da Nursing e gosto de ler e temos também as nossas próprias situações, as nossas vivências.

Inv. – Estás a referir os teus processos de formação, e um dos que referiste foi a tua experiência do dia a dia?

Suj. – Sim o que eu valorizo muito mais é a experiência profissional, a gente na Medicina organiza jantares fora e inevitavelmente a conversa acaba sempre no Hospital: aquela situação que tiveste e o que fizeste, aquela colega fez assim mas se calhar não estava bem, isto também acho que é uma forma de aprender que acho engraçado e importante, discutimos a melhor forma de cuidarmos das pessoas através destas pequenas conversas, e aqui também pedimos auxílio a quem sabe mais do que nós naquela área

Inv. – Vocês têm por hábito discutir a vossa prática?

Suj. – Sim acabamos inevitavelmente sempre por falarmos situações do dia a dia sobre o que vamos fazer?

Inv. – Queres referir algumas situações sem personalizar?

Suj. – Tenho uma situação presente em que tínhamos lá uma senhora, ela tinha internamentos sucessivos e há pouco tempo foi-lhe diagnosticada uma leucemia, entrava no serviço com anemias sucessivas, e uma dispneias horrorosas. É uma senhora que tem uma vida que nós, todos os dias, devíamos acordar e agradecer a Deus a vida que temos. A senhora tem 3 filhos, dois morreram-lhe, um por acidente, um por leucemia, o marido morreu-lhe e ela tem outro filho que neste momento dá-lhe pouca atenção. Ela está agarrada à vida com uma força, uma força, uma coisa terrível, e a pergunta que ela nos faz sempre é: “senhora enfermeira eu estou melhorzinha, eu estou melhorzinha? Ele disse que eu tenho uma doença crónica, não é cancro, é uma doença crónica”. Eu às vezes fico tola a olhar para ela. Qual é a autoridade que eu tenho para chegar ao pé desta mulher e esclarecer-lhe sobre a doença que ela tem? Acho que ia ser um desastre total e então pergunto aos colegas: “o que é que tu dizes quando chegas ao pé da M J e ela te pergunta o que tem?” “Oh pá eu digo que ela está a ficar com uma cores jeitosas”. Se calhar é a melhor maneira de actuarmos perante uma situação destas, e depois vou perguntar a outra colega a mesma coisa. E dizem-me: “olha às vezes fico sem saber o que hei-de dizer, dou meia volta e vou-me embora”. São conversas que eu tenho com os colegas. Também somos humanos e pensamos nestas coisas lembro-me também de um doente que me morreu na Medicina, era seropositivo e estava com uma depressão, e eu já tinha tido uma experiência anterior de falar com a médica que foi lá falar com ele, e ele ficou muito

animado. São sempre situações em que eu tenho de ter conversas de acordo com aquilo que o doente gosta, e eu tinha sempre esse cuidado de falar com ele sobre carros, ele era mecânico e falar com ele de carros parecia que o homem vivia mais 50 anos pela frente e os seus olhos brilhavam. E eu tentava arranjar uma revista sobre carros para ele ver e ele ficava animadíssimo. Ele gostava muito de uma enfermeira que lá trabalhou e eu tive o cuidado de a chamar para lá ir e ele brilhou; aqueles olhos brilhavam. Estas situações são uma forma de nos sentirmos compensadas e eu sinto-me bastante compensada quando vejo que contribui um pouco para a alegria de uma pessoa, quem é que não se sente, não é? E no caso dos velhotes é a mesma coisa a gente tenta sempre encaminhar a conversa para uma situação que a gente sabe que vai ajudar. Eu estou um bocado pouco à vontade com as velhotas porque eu não sei fazer renda, mas há sempre formas de conversa, sempre coisas engraçadas que podemos fazer.

Inv. – O que significa para ti cuidar de pessoas idosas?

Suj. – Cuidar de pessoas idosas é compensador, e é uma forma ... é assim, vou começar a pensar antes de ser enfermeira e na minha maneira de ser e fazer revelações assim um bocado pessoais. Como já disse eu tive uma boa relação com a minha avó, nós éramos canalha e fazíamos as nossas traulhices e a minha avó é que cuidava de nós. A minha mãe nunca esteve muita próxima, fazia muitas depressões pós parto, fazia muita medicação de psiquiatria e não estava perto de nós. Meu pai era a autoridade, e a minha avó é que fazia o papel de mãe até à altura em que faleceu, e a minha mãe sempre foi uma pessoa que nunca valorizou aquilo que a gente fazia. A gente dizia que queria ser uma coisa ela dizia: “não és capaz, vai ser assim, vai ser assado”. Eu quando tirei o curso de instrutora toda agente achava que pela minha maneira de ser que eu não ia ser capaz de ser instrutora porque era uma pessoa muito impaciente, muito eléctrica. A minha mãe dizia: “não vale a pena, não te metas por aí, não ganhas nada”. Quando eu pensei ser enfermeira foi a mesma coisa. Que não tinha capacidade que, para estudar, ia ser uma inquietação. Lá fui andando, caminho a caminho, degrau a degrau, fiz o liceu e consegui tirar o 11º ano na altura e concorri para enfermagem e minha mãe desvalorizou sempre em termos de objectivos, da minha parte e da parte dos meus irmãos. O meu pai ponderava sempre os nossos objectivos para ver até que ponto é que financeiramente podia, pois éramos cinco. Na altura éramos 4, todos pela mesma idade, e pagar estudos naquela altura, e meu pai a trabalhar sozinho, custava um bocado. De maneira que fui sempre agarrando-me às minhas convicções e então, isto para te dizer que hoje em dia quando

cuidas de uma pessoa e te agradecem é uma forma de, eu sinto-me valorizada. Eu sinto-me pessoalmente valorizada. Eu olho para mim e digo: “fizeste bem”. Fico bem quando sinto que faço as coisas bem feitas, e conseguimos dar alegria aos idosos com muita facilidade nos dias de hoje e sinto-me compensada porque eles nos agradecem e vemos que eles ficam felizes num determinado momento. E para mim é compensador, fiz alguma coisa por alguém e essa pessoa sentiu-se compensada e eu ao mesmo tempo também me sinto compensada. E, tudo isto que faço aos idosos contribui para a minha formação, embora se for aplicar uma situação noutra que me pareça idêntica posso não ter os mesmo resultados. Acredito que, na maioria, pelo menos nas experiências que eu tenho, é compensador mesmo para as outras pessoas, a gente aplica as mesmas situações e funciona, é o que eu tenho para dizer.

Entrevista de E

Inv. – O que te leva a prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas?

Suj. – De início convidaram-me para dar colaboração no serviço na área da prestação de cuidados, não estava muito motivada a trabalhar com este tipo de pessoas, passado este tempo tenho desenvolvido com eles o gosto para cuidar de doentes idosos. Gosto de prestar cuidados às pessoas idosas porque muitas vezes os idosos são pessoas que estão um bocado esquecidas e quando chegam ao serviço, chegam muitas vezes com cuidados precários, mal alimentados e muitas vezes não é a patologia em si, mas sim o mau estado nutricional que leva ao internamento dos doentes. De forma que são pessoas que muitas vezes não têm com quem falar, não têm carinho e muitos referem que não estão a fazer nada neste mundo. Para mim os idosos ainda têm um lugar, enquanto vivem têm um lugar neste mundo. São pessoas que têm muito valor, que nos podem ensinar muito, e consoante a relação que estabelecemos conseguimos aprender muito com os idosos e aprender a forma como devemos cuidar dos idosos e das necessidades dos próprios idosos que têm necessidades como quaisquer outras pessoas.

Inv. – Olhando para o teu percurso de vida, houve alguns factores que tiveram influência marcante para gostares de pessoas idosas?

Suj. – À medida que vamos envelhecendo profissionalmente, também são anos que vão passando, e começamos a encarar a nossa própria velhice e então começamos a olhar os velhinhos com outros olhos, é a velhice mais próxima de nós, e ao fim e ao cabo começamos também a pensar que gostaríamos de ser bem cuidados quando chegarmos à idade deles, além disso, uma coisa que também me fez encarar os idosos e também qualquer tipo de doentes, foi o facto de já ter passado por uma situação de doença e de sentir sofrimento no corpo e isso fez-me encarar os doentes de uma forma totalmente diferente, e valorizar todas as queixas por mínimas que sejam, valorizarmos de outra forma as queixas dos doentes.

Inv. – Estás a falar do teu percurso profissional e que outros factores foram marcantes anteriormente, se é que os houve?

Suj. – Nunca tive uma ligação muito forte com idosos, nunca tive um contacto muito prolongado com idosos, nunca tive na minha família idosos, e nunca prestei cuidados a idosos a não ser no meu percurso profissional, quer seja na Cirurgia, Cuidados Intensivos ou agora aqui onde tive sempre doentes idosos, e sempre valorizei muito os

idosos sempre tive um carinho pelos idosos, só que agora é diferente já que praticamente todos os doentes da Medicina são idosos, portanto a experiência profissional foi-me muito marcante para gostar de prestar cuidados a pessoas idosas

Inv. – O que é para ti ser idoso?

Suj. – Uma pessoa idosa é uma pessoa que já fez um longo percurso na vida. Eu não encaro a pessoa idosa como uma pessoa que já tem uma determinada idade, é uma pessoa que já fez um longo percurso de vida, tem uma grande experiência da vida, com grande conhecimento da vida, a nível dos ensinamentos retirados da própria vida.

Inv. – A tua prática profissional tem-te ajudado a cuidar das pessoas idosas?

Suj. – E u não digo tanto a minha prática, mas sim desde que estou a trabalhar na Medicina tenho encarado o doente de uma outra forma e tenho estabelecido uma inter-relação muito diferente daquilo que eu costumava a estabelecer, tenho investido muito mais no relacionamento interpessoal, e acho que mesmo a nível de cuidar dos idosos, é uma área que deveria ser bem desenvolvida por parte dos profissionais. Os idosos necessitam de ser ajudados e compreendidos, pois muitas vezes não é tanto a patologia de base, mas sim mantermos uma relação de ajuda nas suas dificuldades até aos seus últimos dias de vida. Muitas vezes os idosos são postos de lado, são mal cuidados, são vistos como pessoas inúteis que já não estão a fazer nada neste mundo e se os próprios doentes nos dizem é porque sentem e vivem isso no seu dia a dia, e sentem isso porque senão não o manifestavam, é aquilo que sentem da vida, sentem-se rejeitados e postos de lado.

Inv. – Queres referir situações já vivenciadas por ti?

Suj. – Muitos doentes que nos chegam e que são internados não porque têm uma determinada patologia, mas porque estão desidratados, não estão a ser bem alimentados, têm cuidados de higiene precários, e actualmente temos um doente na Medicina assim. Os cuidados prestados aos idosos no seu ambiente são um bocado descurados.

Inv. – Como é que a tua prática profissional te tem ajudado a cuidar dessas pessoas?

Suj. – As experiências anteriores, claro que nós diariamente aprendemos com cada situação, cada situação é ao fim e ao cabo conhecimento que nós estamos a adquirir, em cada interacção nós estamos a desenvolver as nossas capacidades relacionais. E, todos os dias ao estabelecermos uma relação com um doente, estamos a aprender

sobre essa pessoa, sobre a sua velhice, sobre as suas necessidades, e então ao ouvirmos essa pessoa e as suas necessidades, conhecemo-nos a nós próprios e ao outro. Nós estamos também, a crescer como pessoas. É nessa relação, com o outro que crescemos e podemos aplicar, posteriormente, noutras situações, desenvolvendo as nossas capacidades relacionais crescendo como pessoas, é um crescimento constante.

Inv. – Então, o que significa para ti cuidar de pessoas idosas?

Suj. – Cuidar de pessoas idosas é dar incondicionalmente, é dar uma ajuda incondicional, é fazê-lo viver e ter gosto pela vida, ter motivos para continuar a viver, ter motivos para continuar a sorrir, ter motivos para continuar a dizer uma graça, ter gosto pela vida. Também há doentes que são bem cuidados, mas a maior parte dos idosos que passam pela Medicina, na maior parte das vezes, na alta hospitalar, é sempre um problema quando chega a essa altura porque, ou não têm condições em casa, ou não há uma pessoa que cuide do doente, muitas vezes é um peso, é um peso para os familiares, não digo que não gostem do idoso, mas é um peso porque é um problema. Vão surgir muitos problemas para aquele agregado familiar ter em casa uma pessoa idosa dependente em casa e muitas vezes não tem meios para terem uma pessoa dependente em casa.

Inv. – Achas que estes problemas fogem um pouco às preocupações dos enfermeiros?

Suj. – Aquilo, acho que não fogem, isto é um bocado complicado, eu acho que os profissionais pensam nisso, mas penso também que deveriam, deveria haver uma outra forma de preparação das altas e fazer-se um melhor encaminhamento das pessoas e haver uma forma de dar um apoio mais directo às pessoas que vão do Hospital para casa pode ser uma ideia maluca minha mas devia haver um enfermeiro senão mesmo da comunidade que desse apoio aquela família, pode ser que não seja para os nossos dias mas pode ser para dias futuras.

Inv. – Na tua prestação de cuidados a pessoas idosas que recursos mobilizas para melhorares o teu desempenho?

Suj. – Muitas vezes os idosos não precisam de muitos recursos, não é preciso mobilizar grandes recursos...

Inv. – Mas que recursos é que tu mobilizas para melhorares o teu desempenho junto de pessoas idosas?

Suj. – A nível técnico não é o que me preocupa neste momento. No que eu mais invisto é no conhecimento de mim própria através do outro, só conhecendo-me a mim própria é que consigo cuidar de outra pessoa, e tenho investido bastante em conhecer-me a mim própria, tenho me preocupado bastante nesse aspecto porque se eu não me conhecer bem não consigo ajudar ninguém.

Inv. – Queres especificar melhor?

Suj. – É muito fácil chegarmos ao pé de um doente, termos uma veia para canalizar, uma algália para colocar, ou um penso para fazer, e faço aquilo, aquilo é pura técnica, mas não me posso esquecer que aquilo é uma pessoa que está ali deitada, e se há pessoas de fácil relacionamento, outras pessoas são de difícil relacionamento, e então eu posso-me questionar: como é que eu posso ajudar aquela pessoa? Não posso ajudar aquela pessoa se não me conhecer a mim própria, se não gostar de mim própria e se não souber minimamente aquilo que ando a fazer. Então tenho que investir nesse campo, porque se eu quero atender aquela pessoa que está ali não é investindo na parte técnica que eu vou chegar à pessoa, mas sim investindo na relação interpessoal, através das experiências com o doente eu retiro conhecimento para crescer como profissional e como pessoa.

Inv. – Que outros recursos mobilizas?

Suj. – Leio, tenho lido bastante a nível da comunicação, da interacção com o doente e tem sido estas duas formas. Tenho pena que mesmo a nível de discussão no serviço podia-se levantar determinadas discussões e nós falarmos sobre o assunto e até já houve uma altura em que podíamos ter feito bastante sobre isso, mas infelizmente as pessoas não estão muito motivadas para esses aspectos, fala-se mas fica-se um bocado aquém.

Inv. – A tua experiência profissional ajuda-te?

Suj. – Da prática, e quando falo da prática em contacto com o doente nós podemos tirar muitos conhecimentos, enriquecermos os nossos próprios conhecimentos e a nossa própria actuação. Por exemplo, das situações diárias nós percebermos as situações pelas quais o doente está a passar, olhar para o doente não apenas para o doente que tem a úlcera no pé, e que nós vamos lá cuidar da ulcerazinha do pé, mas como uma pessoa que não está desintegrada da sua vida, olhar para o doente e

entendê-lo, fazer com que ele nos fale dos seus problemas, e perceber todo o tipo de mensagem que nos possa estar a transmitir. Muitas vezes o doente pode-nos dar a dica para uma coisa que pensamos ser e afinal não era bem isso que ele nos queria dizer, era outra coisa completamente diferente. É importante perceber e chegar ao verdadeiro problema do doente, o que é que o preocupa, quais são as prioridades, como é que o vamos ajudar, pois as pessoas não são todas ajudadas da mesma forma, e perceber o doente, mesmo sem ele nos dizer aquilo que precisa. Por exemplo um doente que nós temos quase todos os dias pergunta: “senhora enfermeira posso fazer xixi para o saquinho?” “Sim pode, olhe está aqui o saquinho”, e agente explica aquela coisinha toda, que aquilo não está obstruído, que aquilo está a drenar bem, que não se preocupe, e o doente está lúcido, está bastante, está lúcido. Então daí a bocadinho ele diz: “oh senhora enfermeira, mas, e aquele frasquinho que é para beber, aquilo é bom não é?” “Sim, sim, aquilo é muito bom para beber, faz bem ao que o senhor tem”, é explicado aquilo tudo. Depois ele pergunta outra coisa qualquer e às tantas eu cheguei-me à beira dele e disse-lhe: “bem o que é que o senhor quer perguntar agora, quer que eu fique agora um bocadinho consigo? Quer que eu fale um bocadinho consigo?” Puxei a cadeira e fiquei a conversar com ele, e ele ficou assim a olhar para mim. “Não, não, o que eu queria era mesmo perguntar pelo saquinho de urina”, “e eu já lhe expliquei há bocadinho, o que o senhor quer é que eu fique aqui um bocadinho consigo, para não ficar sozinho, para ter alguém com quem falar”. E era isso que ele queria, ele depois disse que sim. Ele queria apenas um bocadinho para estar ali acompanhado. Aquelas perguntas eram só para prender a gente, porque quando eu chegava ao pé da porta é que ele perguntava outra coisa.

Inv. – Isso ajuda-te a estares mais atenta para situações idênticas?

Suj. – Sim, porque com a experiência profissional ficamos mais despertos para as reais necessidades dos doentes, ficamos a olhar para o doente e a procurar várias respostas para aquilo que está a viver, não é só responder à patologia, mas uma simples pergunta pode até puxar conversa pode ir até a uma conversa completamente diferente, muitas vezes as pessoas fazem uma perguntinha só para sentirem uma pessoa ali, muitas vezes os idosos não têm ninguém e gostam de ter uma pessoa para conversar, não é preciso grandes conversas, é sentirem que estão a ser ouvidos, que são importantes para alguém, eu acho que é bom ouvir estas pessoas que já deram muito e que ainda têm muito para dar.

Inv. – Queres referir situações que te tenham sido proveitosas para o teu desenvolvimento profissional?

Suj. – Por exemplo, tenho um senhor que tem uma úlcera numa perna e muitas vezes, o penso é feito de maneira diferente, não devia ser, mas muitas vezes a forma de fazer os pensos varia de pessoa para pessoa, umas pessoas são mais miudinhas, outras pessoas são mais vista grossa. Cada pessoa tem a sua forma de fazer as coisas e eu estive com o doente, falámos de algumas coisas que não da ferida em si e depois de eu terminar o penso é que ele começou a falar da ferida, e eu disse-lhe: “então, agora é que o senhor me pergunta pela ferida, na altura eu podia-lhe dizer que estava melhor, qual a fase que estava e sobre o que eu achava, na altura que eu estava a fazer o penso tinha sido a altura melhor para eu explicar ao senhor, mas amanhã eu explico isso tudo ao senhor”. E ele disse-me: “mas pode-me explicar na mesma que eu estou a gostar de ouvir a senhora falar. Isto é, depois de ele dizer que estava a ouvir-me falar era uma forma de puxar conversa para me manter junto dele, pois foi depois de eu lhe fazer o penso que ele pediu as explicações sobre o mesmo e que estava a gostar de me ouvir falar.

Inv. – Dentro dos recursos que tu mobilizas para melhorares o teu desempenho queres referir outros?

Suj. – Utilizo a pesquisa bibliográfica para melhorar o meu desempenho, no relacionamento com o próprio doente, e quando apanho algum colega que goste de aprofundar estas áreas com as nossas experiências pessoais e como encaramos determinadas formas de agir dos doentes e a forma como procedemos: se foi a mais adequada ou não, e o que podemos retirar de conhecimentos da prática, mas também são contados pelos dedos os enfermeiros que se interessam por esse tipo de aprendizagem. E isso para mim é muito proveitoso, considero uma área prioritária na formação dos enfermeiros, porque nós somos uma profissão de relação e temos que investir nessa área.

Entrevista 6

Inv. – O que te levou a prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas?

Suj. – À partida os idosos são os mais doentes e os mais carenciados, têm maiores carências, mais problemas, necessitam de maiores cuidados. Os cuidados aos idosos são mais diferenciados do que às pessoas menos idosas, por carências afectivas, por carências físicas, pelas dificuldades que eles têm nível social, e a parte afectiva leva a que a gente tenha que cuidar mais deles, cuidar, cuidar com maior afectividade, prestar cuidados com maior empatia, e vamos receber feed back, porque os idosos também têm uma experiência de vida muito rica, porque para além de cuidar deles também vamos aprender com eles, e aprende-se mais com um idoso do que com uma pessoa que gosta de ser curada, por exemplo um adulto quer ser curado e depressa, para ir trabalhar, tem a sua vida tem os seus afazeres, mas se for um idoso gosta de ser cuidado, acarinhado, gosta de conversar e isso leva a que a enfermagem seja mais rica mesmo em termos de receber, não é só dar mas também recebe, e se recebe a experiência do idoso, nós vamos aprendendo, vamos aprendendo todos os dias muito mais com um idoso em termos de cuidar do que com as outras pessoas. As outras pessoas muitas vezes tratam-se e não se cuidam

Inv. – Esses são alguns dos factores que te levaram a prestar cuidados a pessoas idosas?

Suj. – Sim, além de ser mais personalizado, a experiência deles também nos ajuda a nós melhorarmos os nossos cuidados, e os cuidados prestados aos idosos parece que são mais leves e mais ricos, e assim nós temos a sensação de que recebemos mais. Uma pessoa adulta nós tratamos, embora seja tratar cuidando, e temos menos tempo para conhecer o doente. Com o idosos nós temos mais tempo para conhecer o doente, aprendemos com a experiência de vida do doente, e depois temos a sensação de que temos ali mais um amigo e vamos cuidando no sentido geral. Para mim é mais por causa da receptividade que aquilo dá, da satisfação do trabalho.

Inv. – O que é para ti ser idoso?

Suj. – Ser idoso pode não ser só na idade. As pessoas tornam-se idosas quando geralmente passam à reforma e assim atingem alguns objectivos de vida, e aí a gente repara que há pessoas de 40 e mesmo de 50 anos que mudam muito a sua percepção sobre a vida, sobre o mundo que a rodeia, porque as suas experiências que foram juntando experiências ao longo da vida, foram passando alguns problemas e

colmatando algumas coisas ao longo da vida e depois chega a uma altura em que têm um patamar de experiências e de conhecimentos empíricos, que lhe dá outro sentido à vida, que lhe dá outra maneira de ser e para mim o idoso além da idade, tem muito a ver com a maneira de ser com a maneira de estar, de ver a vida mesmo em tudo, os objectivos são outros, e quando nós alteramos os nossos objectivos, e quando a gente chega aos 40 dizemos: já não tenho a tua idade, a gente já está a demarcar gerações, a nossa idade e a nossa maneiras de ser dos outros mais novos. E acho que aqui é um passo para uma pessoa ser idosa, por isso de ser idoso tem a ver com outras coisas, não é só por uma pessoa ter 70 anos que é idoso

Inv. – Referiste há pouco que aprendias com eles, queres concretizar?

Suj. – A gente aprende a cuidar deles a conversar com eles, às vezes são eles que nos ensinam como é que se deve cuidar deles. Às vezes não temos a percepção do doente no todo e quando entramos, por exemplo, de rompante num quarto, eles dizem logo: sim senhor enfermeiro, por amor de Deus, eu já não ... e acabamos por sentir que ali é algo diferente e quando olhamos afinal não é um doente qualquer, pois é um doente que para além da sua experiência de vida também sabe quais são as suas necessidades. E eles ao saberem quais são as necessidades deles, e a maior parte deles transmite, porque gostam de dizer que precisam disto, que precisam daquilo, gostam de conversar, gostam de passar o tempo a ser cuidados, aquela afectividade, eles gostam de fazer amigos, é muito mais fácil fazer uma amigo, criar laços de afectividade com uma pessoa idosa, ou considerada idosa do que com uma pessoa que seja mais nova que está ali de passagem, eles não, eles que vivem os momentos todos porque o tempo também já é pouco, e apreciam todos os momentos e nós vamos aprendendo com isso com a experiência que eles têm e que vão acumulando ao longo da vida, mesmo no cuidar, mesmo nos tratamentos, vão dizendo: antigamente fazia-se assim e eu sentia-me melhor, é a sua maneira de ser e de falar e depois transmitem-nos todos os conhecimentos que eles têm, mais aquilo que nós vamos aprendendo com eles nas conversas, vamos aprendendo a cuidar deles porque depois somos nós que alteramos a nossa atitude, porque mesmo na passagem de turno nós dizemos: olha aquele senhor não gosta de comer ao meio dia, gosta de comer à uma, mas também não gosta de comer isto assim, gosta que a pessoa esteja lá, mas também é um chato porque pergunta para que é que é o comprimido, para que é isto, para que é aquilo, e às vezes falta isso para o cuidar, mas também é preciso ter tempo e nós ainda estamos naquela passagem de tarefas para a individualização dos cuidados, temos pouca gente e falta-nos tempo. No fundo falta-nos tempo, para

cuidarmos de uma pessoa, e quando estamos com idosos eles compreendem muito mais do que um adulto que aquele tem determinadas necessidades e que ele pode esperar, pois a seguir pode ser ele. Com eles aprendemos a ver a vida como uma vida mais serena, é totalmente diferente já não é aquela euforia que nós temos no dia a dia, mas de forma mais serena mais calma, a empatia, é uma sensação que a gente tem que às vezes é difícil de transmitirmos cá para fora empatia. Agente quando chega ao pé de um idoso e que carinhosamente dizemos que é um velhinho, e quando a gente chega à beira do velhinho e diz esse tem cara de, aquele é riquinho, este é assim, isto é a empatia que a gente tem, é a amizade. Ao fim de uma semana com uma pessoa ganhamos uma certa amizade, parece que não mas ao fim de algum tempo transmitimos para ali aquele sentimento, eu ainda sou do tempo em que os mais velhos tinham de ser respeitados. E aquele sentimento que nós tínhamos da nossa escola, aquelas deferências que nós tínhamos de fazer, e a nossa educação, hoje passa para os cuidados que nós estamos a prestar, e depois, depois ao longo do tempo, isso também são 20 anos de serviço, a gente vai aprendendo que não se pode tratar um idoso ou cuidar de um idoso da mesma maneira que se cuida de uma pessoa de 20 ou de 30. É diferente também do serviço onde a gente trabalha, se trabalhar numa urgência não pode, se trabalhar nos cuidados intensivos não pode e se trabalhar numa enfermaria pode, ou se trabalhar num Hospital de Geriatria temos tempo para conversar, temos tempo para limar alguma arestas que eles não nos deixam entrar eles acham que somos uns pequenos novos: Ah tu és um pequeno novo, não percebes nada disso, e às vezes o que a gente precisa é mesmo perceber o que é aquilo, aquela sensação de viver aquela idade. Depois também há muita diferença. Há aqueles que se têm os objectivos já concluídos próprios para a idade, são muito mais serenos, mais calmos, aceitam o enfermeiro como um amigo, como uma pessoa que está ali para o ajudar e há aqueles que não têm os objectivos concluídos e que necessitam ainda de tempo, e às vezes têm a sensação de que não têm o tempo de que precisam, e então querem, às vezes já estão naquela fase de negação por contingências da própria doença, e isso é chato, a gente tem de dar essas voltinhas todas. E depois com o acumular disto tudo todos os dias a gente altera a nossa maneira de estar, a nossa maneira de estar com eles.

Inv. – Referiste a importância da tua educação e da tua experiência de vida como marcante para estares com idosos, queres concretizar?

Suj. – É assim, eu fui educado num colégio, era um colégio de freiras, e a educação que nós tínhamos antes do 25 de Abril, mesmo a própria educação, para já, era uma

educação cristã, e na educação cristã, eu não digo venerar, mas temos que respeitar os mais velhos, eu sempre ouvi dizer que tem que se respeitar os mais velhos. E os mais velhos num outro tempo, e hoje em dia acho que sim, que ainda continua respeitam os mais novos, quando a gente diz boa tarde eles continuam a tirar o chapéu, continuam a ter deferências e deferências pelos mais novos, e os mais novos no meu tempo além da educação cristã, tínhamos toda a educação moral, a educação familiar que também era seguida com respeito, tirando às vezes o pai que era um respeito de medo, mas aquela deferência que nós tínhamos pelos mais velhos, pelo nosso avô, pelo nosso pai, a nossa mãe, a nossa avó, e pelos vizinhos mais velhos, e essa educação vai influenciar tudo o que vem a seguir. A seguir quando chegamos para cuidar de um idoso temos toda a bagagem atrás, uma maneira de ser, um comportamento e uma atitude que foi ficando durante estes anos que nós não vamos alterar a atitude e o comportamento de um dia para o outro, mas vai ficando, nós só não vamos alterar os comportamentos e as atitudes ao longo da nossa vida profissional consoante aquilo que nós vamos aprendendo com os próprios idosos, e se aprendemos com os próprios idosos nós vamos alterando ou mantendo as atitudes e os comportamentos que temos na parte profissional e isso, eu também digo isso porque principalmente a minha educação foi religiosa, tinha toda essa parte do respeito, toda a parte da família, a parte do idoso, era uma educação rígida e depois quando passou cá para fora continuou e quando passou para a parte da enfermagem para a parte profissional, ela manteve-se, e como ela se manteve, os comportamentos e atitudes também se mantiveram e isso depois transferido para a parte profissional manteve-se, tirando um ou outro ponto que às vezes toda a gente altera depois destes anos todos de serviço.

Inv. – Recebeste uma educação religiosa por teres estado num colégio, tiveste a presença de idosos na tua infância, com quem tivesses alguma ligação especial?

Suj. – Sim, na minha infância tive uma ligação muito forte com o meu padrinho e a minha madrinha que eram os meus avós, a madrinha era a avó materna e o padrinho era o avô paterno. O meu padrinho tinha precisamente o meu nome que eu, mas principalmente com a minha avó e com esse meu avô que ainda está vivo e que tem 96 anos. É diferente, se calhar é o mesmo sentimento que os miúdos têm pelos avós, é um sentimento de respeito, de amizade, de amor, é um sentimento misto, que não se consegue definir. Desde que me lembro que a minha avó e o meu avô, principalmente estes dois que eram os meus padrinhos e que nós tínhamos muito respeito, e também porque eles nos davam aquelas ofertas da Páscoa, do Natal, e

quando nos viam também nos davam aquela moedinha, aqueles carinhos e aqueles mimos que nos faziam, se calhar é que fizeram com que aquela ligação fosse cada vez mais forte. Depois a minha avó dava-me uns bolinhos e aquilo depois ficou, e eu depois acabei por cuidar da minha avó. Entretanto a minha avó ficou com um tumor da mama, não quis ser operada, na altura eu tinha 14, 15 anos, na altura eu fiquei 24 horas com ela porque eu acho que tinha o dever, não sei se era o dever se era a obrigação, se era outra coisa qualquer que me empurrava para ficar com ela para cuidar dela porque até agora tinha menos cuidado de nós. Isto se calhar ao fim e ao cabo é isso, nós no fundo, no fundo, não deixamos de ser animais, e não deixamos de ser animais, e se vivemos em sociedade, temos a tendência de cuidarmos uns dos outros, e se é para cuidarmos uns dos outros? O que nós queremos hoje em dia e pelo menos em termos profissionais e o que me leva muito a cuidar de idosos é para que eles tenham uma qualidade de vida, eu já não digo física porque às vezes é quase impossível, mas pelo menos uma qualidade de vida mental rica e porque eles estando conscientes, orientados e lúcidos, conseguem estar, conseguem passar os problemas físicos melhor do que outra pessoa qualquer, e quando estamos a conversar com eles é outra coisa, se eu estou a cuidar de um velhinho, a falar com ele apercebo-me muito mais depressa porque eles não têm barreiras, apercebo-me muito mais depressa de quais são os problemas que eles têm, das necessidades que eles têm do que de um adulto. Um adulto cria barreiras, não gosta de mostrar os seus problemas, principalmente os sócio-económicos e os familiares, eles não gostam que transpareçam cá para fora. O idoso sabe que isto é mais que normal, e deita cá para fora tudo, é mais um livro aberto, e então é muito mais fácil cuidar de um livro aberto, é uma pessoa que tem a certeza que vai fazer tudo e que depositam em nós uma confiança muito maior do que os outros. Se eles depositam a tal confiança, a tal ligação de empatia é muito mais fácil havendo essa ligação é muito mais fácil cuidar e gostar de cuidar, porque a gente para cuidar de um idoso tem de gostar de cuidar daquele idoso e se a gente não gosta de cuidar como muitas vezes acontece, porque muitos idosos também os comportamentos e as atitudes não são iguais, e então a gente não gosta e também se não gosta não está a cuidar, automaticamente passa para o tratar e acabou. Passamos só a tratar daquela pessoa, mas também deixa de ter a referência de idoso disto daquilo e daquele outro. Porque às vezes a referência a idoso é igual a respeito, empatia, a uma cuidar muito mais sereno, com muito mais tempo, até com a própria comida a gente já tem aquela preocupação, olha tem um senhor com 70 e tal anos com isto e aquilo, a gente já tem a preocupação de perguntar, se gosta da cama para baixo, se gosta da cama ao sol, se gosta da cama

para o lado da janela, se gosta para a porta, já existe essa preocupação que não existe se vem uma pessoa com vinte anos. Se é independente a gente esquece que deve fazer as mesmas perguntas, se é independente é independente. O idosos muitas vezes é independente, mas será pelo respeito, será pela tal necessidade de a gente chegar ali e pedir a confiança deles. Muitas vezes é isso que a gente está a pedir, estamos a pedir a confiança deles, estamos a pedir a amizade deles, não sei.

Inv. – E a tua experiência o que é que diz?

Suj. – A minha experiência diz isso tudo, os tais comportamentos e atitudes que eu tinha que me foram implantados pela educação e depois pela tal educação moral na altura e que depois foi alterando e que foi ficando alguma parte, a parte que eu achei que era boa e que ficou enraizada, aquela parte que a gente acha que é bom e que fica cá dentro, aquela parte que a gente acha que não é boa ou apaga ou esquece, e depois a minha experiência à partida com os valores e com o curso, o meu curso foi biomédico e como tal aprendi a tratar e não aprendi a cuidar. Era a necessidade que havia na altura, era tratar pessoas no mínimo tempo possível e depois a gente tem uns anos de vida profissional e apercebe-se que o idoso fica três meses no Hospital e a situação vai-se mantendo, 3 meses e às vezes mais tempo. As atitudes para estas pessoas que em vez de ficarem 2 dias, 3 dias, ficam 2, 3 4 e às vezes mais é diferente e a gente costuma dizer que aquele faz parte da mobília, e se ela faz parte da mobília, faz parte da equipa. A equipa de serviço muitas vezes não é só os enfermeiros e os médicos e os auxiliares que lá estão e os empregados de limpeza e todos os outros, mas também se não houvesse doente não precisa o resto da equipa, o doente tem de fazer parte da equipa também, e a gente está a li para trabalhar em equipa mas o doente faz parte da equipa, se o doente não fizer parte da equipa a gente não trabalha bem.

Inv. – Quais são os recursos que tu mobilizas para melhorares o teu desempenho profissional junto das pessoas idosas?

Suj. – A começar por mim, muitas vezes tenho que organizar o próprio serviço, das próprias tarefas para guardar mais tempo para poder cuidar de um determinado número de pessoas, não quero dizer que não tenhamos outros idosos. Primeiro eu tenho que planear os meus cuidados, depois o próprio serviço, mas isso é o tal problema da equipa, do próprio serviço, como trabalha em equipa, e se é o enfermeiro, neste caso é, que organiza os cuidados, com toda a equipa a influenciar, depois em termos de recursos materiais temos vários desde a cama, os degraus, a roupa, e tudo

aquilo que vai estar à volta dele, uma medalhinha, a florzinha, uma palhinha, a água à mão,, muitas vezes eles não vêem bem, e nós temos que pedir por favor uma consulta de oftalmologia porque já deviam ter tido há muito. No meu caso procuro sempre que eles tenham uma alimentação personalizada, a pessoa idosa gosta mais disto, gosta mais daquilo, consoante as necessidades que ele tem, mas também não é fácil mudar aquilo e fazer com que ele coma melhor, em vez do arroz pus um bocadinho de massa, porque ele gosta mais de massa, umas batatas, em vez da carne grelhada, porque é que ele não há-de comer frita se ele gostar de frita. Depois começa pelos recurso humanos de toda a equipa, e toda a equipa é influenciada por toda a organização dos cuidados, e depois tudo o resto, a parte da assistente social, a parte da alimentação, a parte dos materiais, a parte da roupa da própria cama.

Inv. – Agrupas todos estes recursos como uma mais valia para melhorares o teu desempenho profissional?

Suj. – Exacto, e às vezes não é só para melhorar o nosso desempenho profissional, porque a gente como trabalha em equipa, não é só o meu. Eu não posso dizer que vou cuidar de um idoso quando não sou eu sozinho. Mas é sempre um trabalho de equipa, o que eu posso muitas vezes fazer e às vezes faço, quando vou fazer um plano de cuidados, claro que eu vou influenciar as outras pessoas, e eu ao influenciar o trabalho das outras pessoas, todos os recurso humanos que nós temos disponíveis para cuidar das outras pessoas também são influenciados. É influenciado porque eu alterei a minha maneira de ser, porque às vezes no serviço temos uma maneira de estar com os idosos. E é engraçado que a gente fazendo tudo isto muito mais devagar, com mais serenidade, a gente acaba por passar um turno de 8 horas que não fala tão alto, as horas até passam mais depressa, a gente nem dá por isso, nem é uma questão de estar ocupado e não ver o tempo a passar, mas é porque a gente muitas vezes tem aquela cavaqueira amena com os velhinhos, e a minha maneira de ser depende muito do outro lado. Eu nos comportamentos e atitudes para com os idosos é sempre o mesmo, excepto quando do outro lado não há empatia e aí a gente tem de alterar a nossa maneira de ser, e de estar, porque eles às vezes, não é de exigirem, mas a gente vê que eles não estão satisfeitos, e acabamos muitas vezes por tentar satisfazer as necessidades deles, necessidades físicas e com a parte mental também ajuda bastante, e deixamos a família ficar no Hospital até às 8 – 9, desde a 1 da tarde até às 8 – 9, eles sentem necessidade de estarem com a família e não há problema nenhum.

Inv. – Portanto tu queres dizer que a tua experiência profissional é um recurso que te leva a melhorar o teu desempenho profissional?

Suj. – Além da experiência profissional, o curso de complemento, sempre nos obriga e se calhar também agora somos mais autodidactas e nos obrigam a ir lendo umas coisas e também revistas de enfermagem, a gente vai lendo mas lê mas muitas vezes devido à parte técnica o que é muito normal e o nosso curso quer queiramos quer não é um curso técnico, a nossa curiosidade como profissionais de enfermagem vai muito para a parte técnica, técnicas novas, umas coisas técnicas, aquelas inovações, e a gente esquece-se do velho e o velho é o cuidar que é o nosso. Como fazemos isso todos os dias não temos necessidade de alterar, e muitas vezes é onde nós devemos alterar a nossa maneira de ser, por exemplo no curso de complemento está-me a dar essa sensação. Com os cursos de formação que a gente de vez enquanto faz, embora os cursos de formação, por exemplo uma pessoa ir a um curso de formação de um dia, dois dias e depois não tem continuidade. Eu acho que os cursos de formação devem ser feitos ou a nível de serviço ou com o maior número possível de enfermeiros do serviço, ou então o serviço tem uma dinâmica de tal maneira que uma pessoa quando chega de um curso de formação não tenha que fazer um relatório para ganhar as ajudas de custo, mas tenha que apresentar o resultado daquela formação que ele foi fazer ao próprio serviço. Porque se uma pessoa vai é influenciado na sua maneira de ser e de estar, mas chega ao serviço e continua tudo na mesma. Ou arranjam os maneira, ou uma pessoa vai a uma formação e quando volta reunir e já se tentou fazer isso, mas não fomos a lado nenhum. Tentamos fazer a formação no próprio serviço com os próprios enfermeiros do serviço; tentamos fazer várias coisas mas aqui está a discrepância entre as pessoas e depois temos pessoas com 20 anos de serviço, e temos pessoas com meia dúzia de anos de serviço, e embora sejamos o mesmo grupo, há no grupo subgrupos consoante o tempo de serviço, consoante as idades, consoante a maneira de ser e a maneira de estar. E depois são as tais experiências que vamos tendo e que vamos alterando a nossa maneira de ser e depois temos o grupo que se vai influenciando mutuamente, se nós tentamos influenciá-los numa coisa eles influenciam-nos noutra. É muito difícil a gente alterar, arranjar os tais recursos da formação. No meu caso influencia-me a mim próprio, ao próprio grupo, porque eu não concebo, cuidados dos cuidados aos idosos serem só de um porque se eu estou integrado numa equipa a equipa tem 24 horas, eu estar a fazer uma série de cuidados em 8 horas, as outras 16 não são iguais, e se não houver outro que dê continuidade não interessa. O idoso chega a uma altura esquece sempre as tais 8 horas por muito boa vontade que ele tenha, as outras 16, a parte má prevalece

sempre sobre a parte boa. E ele sai do serviço com a sensação, nem que acontecem só meia dúzia de coisas, que foi mal cuidado, pode ter sido muito bem tratado mas foi mal cuidado, e muitas vezes as pessoas saem com a sensação que foram mal cuidadas porque lhe serviram mal o almoço, que a carne era muito dura, que não havia água quente porque rebentou o cano, e tudo isto faz parte dos cuidados.

Inv. – Referiste que um dos recursos que tu mobilizas é a experiência profissional? Gostarias de referir algum caso em que essa experiência te serviu para melhorares o teu desempenho junto das pessoas idosas?

Suj. – tive o caso da minha avó, mas a mim preocupa-me o sofrimento do idoso e quando me preocupa, isso se calhar é a tal influencia da minha avó, como ela tinha um tumor, tinha dores, e a mim o que me preocupava na altura era não deixar a minha avó sofrer, gostava que ela estivesse ali num patamar mais ou menos aceitável mas sem sofrer, e aquilo que me preocupa muitas vezes, a primeira preocupação que eu tenho muitas vezes, é o sofrimento, eu não gosto de os ver sofrer. Quando eles estão agitados, ansiosos, muitas vezes é porque estão com febre, ou com dores, a minha primeira preocupação é não os deixar sofrer, e o sofrer é muito lato, porque às vezes eles sofrem é porque um filho não o veio ver, e isso eu fui aprendendo ao longo da vida, e afinal o homem estava a sofrer não era de dores, mas sim porque um filho não o vinha ver, às vezes é por causa de um neto que como é menor não pode entrar no Hospital, e a gente lá vai chamar a filha para trazer o neto porque o avô quer ver, tudo isto é sofrimento, e tudo isto eu fui aprendendo ao longo da vida. Casos marcantes tenho o da minha avó, todos os outros casos. Tivemos o caso do Sr. M. D. na Cardiologia durante muito tempo e este acabou por ser parte da mobília da casa, a gente já não cuidava do M. como se fosse um doente e aí era fácil conseguir integrá-lo na dinâmica do serviço, porque os outros se estiverem uma semana não conseguem, e aí conseguiu integrar-se e deixou de ser o 2/1 e passou a ser o M.. Chegávamos ao serviço e era o M., já não era o 2/1 nem o 3/1 nem o 4/1 era o M. ele fazia parte da equipa, mas isso era um problema social, veio para fazer um transplante, depois acabou por fazer uma amputação da perna, depois acabou por fazer a amputação da outra perna e foi ficando e foi ficando até 7 a 8 meses até ir para a casa de repouso até ter vaga. Foi um dos casos que eu considereei parte integrante da nossa equipa e ia-nos ensinando coisas, jogávamos ao dominó com o M. , gostava de jogar às cartas, a mulher era muito velhota e muito resmungona com ele e eu até gostava de os ver ao pé um do outro. Nós acabamos por ter necessidade de saber o que é que estava por detrás daquela discussão todos os dias e toda a hora e então conseguimos resolver o

problema porque o M. fazia parte do grupo. Se o M. não fizesse parte do grupo ninguém se tinha interessado porque é que a mulher chegava lá e discutia, não era bem um discutir mas era um falar mais alto, e afinal eram por problemas com 20 a 30 anos que se conseguiu resolver

Entrevista de G

Inv. – O que te leva a prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas?

Suj. – O que me leva foi um pouco por força das circunstâncias. Na altura em que eu acabei o curso não era bem a área em que eu gostaria de trabalhar, mas era o local do Hospital que tinha falta e eu fui para a Medicina nessa altura. A gente aprende muito com elas, a todos os níveis, a níveis de emprego na prática, a níveis teóricos, a níveis sociais, a gente aprende muito com as pessoas idosas, tenho uma ligação muito forte com o serviço e gosto naturalmente de trabalhar com pessoas idosas. É um bocadinho cansativo, porque os idosos quando estão doentes exigem muito de nós, chega a um ponto em que há que renovar a equipa, para os cuidados continuarem a ser satisfatórios. Eu quando comecei a trabalhar no serviço de Medicina eu não sabia nada, tinha a sensação que não sabia nada, mesmo em termos de lidar com as pessoas. Eu nunca fui uma pessoa muito chegada em termos de convívio humanos, sempre fui uma pessoa mais fria, e isso custou-me um bocadinho a adaptar-me, mas sou um pouco brincalhona e vou brincando com eles, com aqueles que eu vejo que posso, e depois com a prática uma pessoa aprende a comunicar, vou ter que comunicar melhor, também temos que ver bem como é que as pessoas são, nem todas as pessoas são iguais, e não tenho a mesma atitude com todas as pessoas, também temos que ver a maneira como eles encaram a sua doença, e como tudo o que acontece na vida nada como uma boa vivência para tirarmos conclusões. Depois com o decorrer dos anos eu podia até ter pedido uma transferência de serviço só que comecei a gostar de lidar com pessoas idosas, com as patologias que eles iam apresentando e fui ficando, e lá estou. Com eles estamos sempre a aprender, não é que eles sejam umas cobaias. O tipo de trabalho é muito diferente, depois em termos pessoais e sociais com eles conseguimos aprender muita coisa da vida.

Inv – Queres referir algum caso ou casos especiais que tenhas vivido, e que tivesse sido significativo para gostares de pessoas idosas

Suj. – Não me estou a lembrar de nenhum caso específico, mas casos especiais da vida deles, coisas que faziam antigamente que hoje em dia, as pessoas mais novas perderam as tradições, eles falam de coisas mais simples, do tempo. A gente chega lá de manhã e há um que diz: há, esta semana o tempo vai ser assim e assim, depois no serviço a gente aprende muito com eles. A relação que eu tinha com idosos, era com familiares e nem sequer era com idosos doentes. Quando comecei a trabalhar é que fui criando uns laços diferentes com as pessoas idosas, pois eu não tinha grande contacto nem nada que me ligasse a elas; foi o contacto, a continuação dos cuidados,

o convívio com eles, que me apaixonei, entre aspas, por estes tipo de doentes, pois anteriormente eu não fazia a mínima ideia, nem sequer fazia intenções de trabalhar com eles, acho que foi mesmo o contacto directo com estas pessoas que me fez gostar.

Inv – Foi, portanto, o contacto directo com os idosos no Hospital que te fez gostar de pessoas idosas?

Suj. – Sim, antes não tinha apego com doentes idosos, nem com qualquer tipo de doentes. Porque uma pessoa quando começa está um pouco perdida, não sabe bem para onde é que há-de ir. Se calhar se tivesse ido trabalhar para uma Maternidade ou para uma Pediatria até tinha gostado, acho que as pessoas vivendo as coisas é que conseguem desenvolver laços significativos com essas mesmas situações. Agora eu gosto mas continue a dizer que é muito significativo.

Inv – O que é para ti ser pessoa idosa? O que consideras uma pessoa idosa?

Suj. – A pessoa idosa à partida é aquela que tem muita idade. É complicado explicar porque realmente eu não valorizo muito a idade neles: é a maneira de ser deles, a energia, o estado de espírito, a vontade de viver, e isso tudo. É uma pessoa que já viveu muito e que tem uma experiência de vida diferente da minha, e que eu posso tirar partido em termos pessoais e profissionais. É ter uma vivência mais prolongada da vida. A gente tem uma etapa na nossa vida e chega a uma altura que mesmo que uma fulano não queira apresenta muitas queixas, não é? A visão, audição, e depois lá no serviço são aquelas doenças mesmo, o aspecto físico também diz muito, e as pessoas pensam nisso. Se calhar quando eu for velhinha se calhar vou ficar doente, vou ter esta doença ou aquela.

Inv. –A tua prática profissional tem-te ajudado a lidar com pessoas idosas?

Suj. – Quando eu disse de início que tinha desenvolvido laços com essas pessoas idosas, foi devido a essa prática profissional porque o convívio no Hospital é muito diferente do que o convívio lá fora, e uma pessoa quando está a cuidar tem sempre tempo de conversar, de conhecer, de partilhar determinadas coisas, de facto com a prática uma pessoa consegue desenvolver outra atitude perante a pessoa idosa, pois quer se queira quer não há muito o pensamento de que a pessoa idosa já está no fim da vida e não tem muita utilidade, e realmente não é verdade. Pode não ter utilidade prática, mas pode-nos transmitir muitos conhecimentos e muita experiência de vida e se calhar a gente pode comparar: eu se calhar se fizesse assim? E foi trabalhando

com eles que a gente consegue adquirir alguns valores. A prática ajuda-me a reflectir, ajuda-me para outras situações, porque se à partida uma pessoa me diz: eu vou morrer, eu começo a pensar que realmente ela vai morrer. Se eu chego ao pé de um doente e ele me diz: eu vou morrer, eu começo a pensar: houve outro doente que disse que ia morrer e morreu e com este pode acontecer a mesma coisa. E isto faz-me reflectir, faz-me pensar.

Inv. – Queres referir alguma situação no teu dia a dia que te tivesse sido significativa?

Suj. – Uma situação que me impressiona muito tem a ver com a morte da pessoa idosa, que é o facto de quando estamos a prestar cuidados à pessoa idosa a gente vê mais ou menos, já temos uma determinada experiência quando chegamos ao pé deles, se calhar aquele doente não vai conseguir sobreviver mais tempo e faz-me confusão, mas eles não me podem explicar depois. As pessoas têm uma percepção de vida sobre quando é que vão morrer, sabem quando é que vão morrer, e fazem um controlo da morte que é uma coisa que eu acho impressionante. À partida nenhum de nós sabe quando é que vai morrer, a não ser talvez pelo nosso código genético, mas é um facto que eu acho inexplicável, eles sabem, eles esperam, por exemplo, pela esposa que vem às 3, e morrem às 3 e 10. E eu já tive muitas experiências destas, e é uma coisa que me marca, faz-me pensar sobre o que é que aquelas pessoas estão a pensar, o que é que elas sabem que eu não sei para serem tão precisas com uma coisa tão significativa na vida delas. O que é que as faz serem tão precisas, saberem tão bem. Isto não é uma experiência muito concreta, mas é aquela que me faz realmente pensar. Também existem outros factores, à partida as pessoas idosas são as que estão mais perto de morrer, depois porque se acontecem duas situações idênticas, à terceira a pessoa já está mais alertada. Isto acontece mais com os idosos, eles se calhar têm uma visão da vida diferente, nós pensamos mais no futuro, eles pensam mais no passado, se calhar por estarem mais perto da morte falam mais à vontade dela e nós ficamos impressionados, porque a nossa etapa ainda não é essa. Quando lá chegarmos havemos de compreender

Inv. – Aprendes com os idosos?

Suj. – Há outra coisa que me faz confusão, tem a ver com a parte religiosa. Acho que hoje em dia perdeu-se um bocado, eu também falo por mim, as coisas já não são como era e aparecem menos velhotes extremamente religiosos e que rezam e dizem: eu rezo pela vossa saúde, e uma pessoa começa a pensar que houve uma evolução, não é uma evolução...eu tinha uma ideia e perdi-me. Essa parte religiosa também é

interessante; é um confronto entre uma realidade actual e uma realidade que já se passou. Eu não sei se as pessoas, há muitas pessoas idosas que também não são crentes, a realidade é essa, apegam-se muito à parte religiosa no fim da vida. Mas a realidade é que quase todos os meus velhinhos, e digo os meus velhinhos têm uma prática religiosa muito marcante; rezam para não terem dores, rezam para a gente ter saúde para tratar deles, para terem uma boa hora da morte. A prática religiosa entrou muito em confronto com a realidade, e isso também dá que pensar.

Inv. – Como achas que eles se sentem perante essa situação?

Suj. – Eu acho que eles quando rezam sentem-se bem, eles também não perguntam a nossa opinião, eles sentem-se bem, sentem-se aliviados. Estão ali, falam com alguém mesmo que não vejam, se calhar quando estão sozinhos, que a gente não pode estar como é evidente 24 horas ao pé de cada um, e se calhar sentem-se acompanhados, não sei. Se calhar muitos quando morrem pensam nisso. Eu falei nisso porque ontem tive um senhor que ele reza um terço pelos enfermeiros, um terço pelos médicos, um pelos auxiliares, reza um terço pela família durante o dia. Realmente ele está ali sem fazer nada, está ocupado, ele reza imenso. Ele disse-me isso e eu fui para dentro a pensar.

Inv. – O que é para ti cuidar de pessoas idosas?

Suj. – É Satisfatório e não é. É satisfatório porque realmente é uma prática em que a gente consegue ajudar muito num determinado momento da vida em que as pessoas necessitam, e muitas vezes são eles que nos ajudam a nós, porque eles conseguem encarar muitas coisas da sua velhice que a gente ainda não sabe como é, e não é satisfatório porque os cuidados não são, porque por muito esforço que façamos não conseguimos ser eficazes, as pessoas acabam por falecer e não podemos fazer nada, mas é satisfatório mas é muito desgastante. Eu digo que as pessoas idosas são outra vez meninos, são como os bebés, só que são bebés grandes, bebés pesados, têm de usar a fralda, temos de lhes dar comida, é muito desgastante, sobretudo porque são pessoas que precisam de muito carinho, a gente tenta fazer sempre o nosso melhor mas nem sempre é possível, há dias que temos muito trabalho, há dias em que uma pessoa até se pode sentar e ouvir, ouvir e outros que não, são pessoas que exigem muito, não é por serem exigentes, e temos de ter muita disponibilidade para cuidar deles

Inv. – E isso é satisfatório para ti?

Suj. – Eu digo que é satisfatório porque eu consigo alguns, não digo todos também, nem todos os dias, consigo escutar alguns, e saio satisfeita, consigo prestar determinados cuidados e até eles conseguem melhorar, mas às vezes pergunto-me: será que eles querem melhorar? É complicado falar disso. E a gente também aprende com eles e eles também aprendem connosco; há uma troca de conhecimentos mútuos, e é satisfatório essa parte realmente

Inv. – Lembras-te de alguma situação de cuidados cujos resultados tivessem sido significativos para ambos?

Suj. – Recordo-me de uma situação da semana passada, que não sei se fiz bem ou mal. O velhote de manhã estava a passar mal, uma situação terminal, ele devia ter falecido mas a gente actuou na altura, e ele recuperou, entretanto a gente agora olha para ele e é a tal situação complicada, será que a gente fez bem. Pelos exames complementares que foram feitos ele não tem oportunidade nenhuma e vai acabar mesmo por falecer. E lá prolongámos uma situação que era inevitável. De qualquer modo a gente não vai deixar as pessoas morrerem. É verdade que ele está ali e eu não lhe vou perguntar se ele gostou ou não gostou, ele não me diz nada. Eu pessoalmente penso que se estivesse no lugar dele se calhar não tinha gostado, porque foi-se prolongar uma situação que se calhar era inevitável.

Inv. – Relembra-te de situações que te tenha sido significativas em termos de aprendizagem?

Suj. – Eu tenho uma pela negativa, até há bocadinho na passagem de turno a gente comentou, a gente tem um tipo de doentes com DPCO que são doentes que chegam a uma altura em que criam uma certa dependência do Hospital, são doentes com muitos internamentos, é um doente crónico, ele estava constantemente a chamar por nós. Um dia estava a fazer tarde ele chamou-me e eu fui muitas vezes junto dele, à meia noite ele chamou-me, eu disse ao meu colega: “tu vai-me desculpar, eu já lá fui muitas vezes, se não te importantes vais tu lá”. “Não me importo nada”, e ele foi lá, e o doente faleceu nessa noite. E eu depois fiquei a pensar, pois ele tinha chamado por mim. O que será que ele me queria dizer, que não me pode dizer, porque eu não fui a verdade é essa, eu pedi a outro para ir. E agora eu penso sempre nisto quando alguém me chama eu vou, não me vá acontecer outra vez a mesma coisa. É engraçado que eu tinha estado a comentar na passagem de turno. Pois temos outro doente que é do género deste e por isso a gente estava a comentar. O meu colega perguntou-me: ficaste com remorsos. Não fiquei com remorsos porque o doente não deixou de ter

cuidados, porque o meu colega foi lá, ele devia era querer dizer-me alguma coisa. E eu não fui porque era meia noite e eu estava cansada, e eu fui-me embora e disse ao outro para ir, e eu fiquei sem saber o que é que queria falar comigo, e agora vou sempre, se for por mim que chamem eu vou lá. Foi desagradável para mim porque eu fiquei a pensar, não é ficar com remorsos, mas fiquei a pensar, podia ter ido, não me custava nada, agora vou. Ele realmente tinha uma ligação não digo forte comigo, não era diferente dos outros, mas como a equipa está sempre a mudar, eu era das pessoas que ele conhecia melhor, ele tinha uma confiança em mim que não tinha com outros colegas mais novos, e depois ele disse ao meu colega que não queria nada, era comigo, eu depois não tive oportunidade de perguntar ele faleceu e eu nem sequer lhe quis falar mais no assunto, mas foi uma experiência estranha.

Inv. – No teu desempenho profissional o que é que tu mobilizas para melhorares esse desempenho junto das pessoas idosas?

Suj. – A gente vai a umas acções de formação, não que dizer que tudo o que a gente lá ouve seja possível de concretizar. Depois se queremos aplicar algumas coisas do que aprendemos nas acções de formação conseguimos aplicar umas e outras não, depois conseguimos na comunicação com os nossos colegas: eu não sei tudo, o meu colega não sabe tudo e, se juntarmos um pouco de todos conseguimos saber mais um bocadinho. Quando eu vou a uma acção de formação eu tento comentar o que é que se passou com os colegas, também não quero dizer que chego a todos, mas comentamos com os colegas e penso que uns vão passando aos outros. O conhecimento acaba por ser alargado a todos, e também incluindo a mim. E depois a prática, nada como a prática, o dia a dia, uma pessoa vai conseguindo desenvolver novas técnicas, determinadas técnicas. Em termos de experiência eu posso não ter experiências significativas, uma situação com uma colega minha que ao posicionar um doente, ele ficou bem posicionado, e a cama tem uma grande que ficou marcada na mão dele, eu cheguei lá e vi. Estive a massajá-lo, etc. e depois pensei: nunca mais podemos posicionar este doente assim porque ele descai a mão e fica marcada. Agora já sei que quando chegar ao pé daquele doente não posso poscioná-lo mais daquela maneira, porque tem tendência a acontecer isso, parece uma coisa insignificante mas sobre o ponto de vista da integridade do doente é importante e isso aconteceu anteontem. São estas pequenas coisas, e depois também pode haver outras coisas como a situação do tal doente que acabou por não falecer. Estas coisas assim chamam-nos à atenção e depois uma pessoa consegue melhorá-las, e todos os dias há coisas novas. Não me recordo de mais nada.

Anexo III – Quadros de síntese das entrevistas

QUADROS DE SÍNTESE DAS ENTREVISTAS

QUADRO DE SÍNTESE DA ENTREVISTA DE A

Factores que contribuíram para gostar de pessoas idosas

Constituintes das unidades de significação expressas pelas enfermeiras	Compreensão das unidades de significação que caracterizam a experiência das enfermeiras
<p>♦Comecei a prestar cuidados a pessoas idosas por imposição, mandaram-me para o serviço de Medicina, (E A, p. 1) / (...) tive de fazer um esforço muito grande da minha parte para começar a trabalhar no serviço de Medicina, (E A, p. 5)</p> <p>♦(...) eles [idosos] ajudaram-me (...) a ultrapassar isso, (...) agora já vai muito bem. (E A, p. 1)/</p> <p>♦(...) tive de mudar no saber estar com eles, em termos de capacidade de trabalho, pois era muito complicado estar a cuidar de pessoas idosas (...) (E A, p. 5)</p> <p>♦(...) comecei a gostar de cuidar de pessoas idosas porque aprendi muito com elas, com a experiência de vida delas. (...) que nos ajuda a melhorar a prestação de cuidados (E A, p. 1) /</p> <p>♦(...) a prática profissional tem-me ajudado a cuidar de pessoas idosas, (...) Penso que a prática ajuda-me e ajudou-me a cuidar das pessoas idosas. (E A, p. 1)</p> <p>♦(...) as Medicinas eram um armazém de velhos (...) era prestar cuidados de higiene e deixar ficar. (E A, p. 1)</p> <p>♦ [Ser idoso] É ser uma pessoa que arrasta consigo uma experiência de vários anos de vida. (...) partilha com todos a experiência de vida, e traz para o Hospital uma experiência de vida de vários anos. Uma pessoa válida, uma pessoa com algumas potencialidades, (E A, p. 4)</p> <p>♦ (...) eles [idosos] sentem-se abandonados, sentem-se muito abandonados, sentem-se abandonados pela família, sentem-se abandonados pela Sociedade. (E A, p. 4)</p> <p>♦Muitos idosos no Hospital depois de terem alta não querem regressar a casa nem à família, (E A, p. 4)</p> <p>♦(...) hoje muitas famílias trabalham fora e têm pouco tempo para terem os seus idosos em casa. (E A, p. 4)</p> <p>♦no Hospital, (...) [os idosos] têm alguém que está 24 Horas com eles. Têm gente que passa no corredor, tem o doente ao lado, e sentem-se muito mais acompanhados. (...) têm alguém com quem conversar, com quem partilhar, e que está com eles</p>	<p>Começa a trabalhar com pessoas idosas por imposição</p> <p>♦Desenvolve o gosto por pessoas idosas pelo esforço que teve de fazer depois de ter sido obrigada a trabalhar no Serviço de Medicina</p> <p>Estratégias mobilizadas:</p> <p>♦Foi mudando a sua forma de estar junto das pessoas idosas</p> <p>O percurso profissional</p> <p>♦Começa a gostar de pessoas idosas porque aprende com elas em termos pessoais e profissionais</p> <p>♦O percurso profissional ajuda-a a cuidar de pessoas idosas</p> <p>Como a enfermeira via a Medicina</p> <p>♦Considerava-a um armazém de velhos, em que os cuidados de enfermagem se limitavam aos cuidados de higiene e pouco mais.</p> <p>O que pensa ser a pessoa idosa</p> <p>♦Considera a pessoa idosa uma pessoa com uma grande experiência de vida.</p> <p>Percepção de que as pessoas idosas são votadas ao abandono</p> <p>♦Os idosos sentem-se abandonados pela família e pela Sociedade, chegando mesmo, muitos deles, a preferirem ficar no Hospital quando têm alta.</p> <p>♦O trabalho e a falta de tempo dos familiares para terem os idosos em casa</p> <p>♦Preferem ficar no Hospital porque têm a presença de alguém por perto</p>

<p>algum tempo. (E A, p. 4)</p> <p>♦ (...) os idosos estão nas casas de repouso e são pouco visitados ou estão nas suas casas e como são idosos não podem sair e são pouco visitados pela família, e sentem-se um bocado excluídos em termos de Sociedade. (E A, p. 4)</p> <p>♦ (...) tenho que disponibilizar mais tempo para estar com o idoso (...) porque tenho que falar muitas vezes mais alto, mais pausado, e olhar para o idoso. Muitas vezes eles têm diminuição da acuidade auditiva, tenho de estar a olhar, têm diminuição da acuidade visual, tenho de estar mais perto, e disponibilizar mais tempo. Em termos de os ouvir, eles, por vezes, trazem experiências de vida engraçadas, quando nos dão uma resposta vão buscar as suas experiências, (E A, p. 5)</p>	<p>Onde permanecem os idosos?</p> <p>♦ Permanecem nos lares ou nas suas casas mas são pouco visitados – sentem-se isolados e excluídos.</p> <p>Características observadas na pessoa idosa</p> <p>♦ Interioriza e alerta-nos para a necessidade de estarmos atentos à diminuição da acuidade auditiva e visual que pode acontecer nestas pessoas, e para a necessidade de lhes disponibilizarmos mais tempo.</p>
--	---

Cuidar de pessoas idosas

Constituintes das unidades de significação expressas pelas enfermeiras	Compreensão das unidades de significação que caracterizam a experiência das enfermeiras
<p>♦ (...) eu pensava que tratar ou cuidar de gente idosa, era cuidar de alguém que vai morrer e que já não havia mais nada a fazer, (E A, p. 1)</p> <p>♦ Cuidar de pessoas idosas (...) é cuidar de alguém que ainda tem algo para fazer e que tem a continuidade de vida, ou que se está a preparar para a morte, e que precisa também, muito de ajuda. (E A, p. 2)</p> <p>♦ Estes anos a trabalhar com pessoas idosas deram-me prazer porque as Medicinas não são armazéns de pessoas idosas são serviços onde se cuidam de pessoas que ainda têm muito para nos dar. (E A, p. 2)</p> <p>♦ Os idosos sentem-se úteis ao participarem nos cuidados, pelo que conversam das suas experiências, pelo que se faz e pelo que não se faz, e isso (...) ajuda-os bastante, sente-me úteis ao participarem nos seus cuidados. (E A, p. 6) /</p> <p>♦ (...) tivemos uma experiência de uma senhora que veio dos Estados Unidos para cá para morrer com a família. Não quis morrer em casa porque achou que a família não teria condições. (...) decidiu que queria morrer no Hospital (...) acabou por morrer com uma colega e com a família, (...) penso que morreu com ar de satisfeita, pelo menos da vida que tinha e do final de vida que levou, de ter sido na Medicina connosco, com enfermeiros ao lado, com a filha, com o genro, e com alguém que sabia que estava sempre lá com ela. (E A, p.2) / Ela preparou a sua morte, (...) dividiu por toda a gente o que é que pensava deixar a cada um, o que é que queria para as missas, deu-lhe tempo de fazer isso tudo e morrer satisfeita. (...) isso deu-nos uma certa</p>	<p>O que pensava ser cuidar de pessoas idosas</p> <p>♦ Cuidar de alguém que ia morrer</p> <p>O que pensa ser cuidar de pessoas idosas</p> <p>♦ Com o decorrer do tempo, começa a considerar que cuidar de pessoas idosas era cuidar de alguém que tem muito para dar, só que por vicissitudes várias pode necessitar de ajuda.</p> <p>Como aprecia o trabalho com pessoas idosas</p> <p>♦ Sente-se bem por trabalhar com pessoas idosas, vendo-as como pessoas que têm muito para nos dar</p> <p>Papel atribuído à pessoa idosa no processo de cuidados</p> <p>♦ envolve a pessoa idosa no processo de cuidados</p> <p>A enfermeira ajuda a pessoa idosa a viver a sua morte</p> <p>♦ Ajuda uma pessoa, no seu fim de vida, a preparar e a viver a sua morte. Referindo, também, a importância dessa experiência para a sua vida pessoal e profissional.</p>

<p>satisfação, porque se calhar a pessoa aceitou que tinha chegado ao fim, e que esse fim podia ser preparado à sua maneira, (E A, p.3)</p> <p>♦(...) há pouco tempo saiu do serviço uma senhora com 94 anos que tem um projecto de vida lindíssimo, ela tem o seu quintal, ela tem as suas plantinhas a crescer, tem as suas cenouras que vão dar não sei quando, as batatas que apanhou há pouco tempo, (...) Por vezes, nós necessitamos de pedir ajuda à Santa Casa, a alguém que passe por lá, porque nós não temos cuidados continuados, (...) arranjamos alguém que vai passando lá por casa de vez enquanto para ver e orientar a senhora, (...) (E A, p. 3)</p>	<p>A enfermeira ajuda a pessoa idosa a viver a vida</p> <p>♦Ajuda uma pessoa, bastante idosa, a levar por diante os seus projectos de vida, e procura ajuda nos recursos da comunidade. Referindo, também, a importância dessa experiência para a sua vida pessoal e profissional.</p>
--	---

Recursos formativos mobilizados

Constituintes das unidades de significação expressas pelas enfermeiras	Compreensão das unidades de significação que caracterizam a experiência das enfermeiras
<p>♦Considero as pessoas idosas um meio e uma boa fonte de aprendizagem, aprendemos muito com elas. (E A, p.7)</p> <p>♦ (...) com eles [idosos] aprende-se bastante, aprendemos a lidar com outras pessoas, aprendemos a experiência de vida para casa, aprendemos experiência de vida no serviço, (...) que quem já viveu setenta e tal anos, tem muito para nos dar, para nos ajudar a tratar dele como dos outros. (E A, p. 1) /</p> <p>♦Ele [idoso] deu-me experiência para cuidar dele e com essa experiência eu cuidei dele e cuidei dos outros. (E A, p.6) /</p> <p>Aprendemos com elas as coisas de casa, coisas que levamos para casa e para a nossa vida. (E A, p.7)</p> <p>♦(...) a Medicina não é um armazém de gente velha, é um internamento com gente muito idosa que precisa de alguém para estar com eles, para os ouvir, para cuidar deles, com gente com uma riqueza muito grande em termos de experiência de vida (...) (E A, p.7) /</p> <p>♦ (...) cuidar de gente idosa não é o que eu pensava antes, há muita coisa a fazer, nem que seja para os ajudar a morrer, para os ajudar a viver, há sempre muito a fazer nestas idades. (E A, p.7)</p> <p>♦(...) uma idosa a quem estava a prestar cuidados de higiene estava destapada, o cortinado não estava corrido, e disse-me: "sou velha mas não quero ficar destapada, se não te importas puxa pelo menos o cortinado". (...) não me tinha apercebido disso e ela chamou-me à atenção, (...) e isto tem feito com que eu quando vou cuidar de outra pessoa pense no que estou a fazer: "puxa-me ao menos o cortinado, sou velha mas também tenho o direito de me proteger, não quero andar a passear o meu corpo e toda a gente a ver". Isto até serviu</p>	<p>A pessoa idosa como um recurso formativo</p> <p>♦Considera que aprende muito com as pessoas idosas</p> <p>♦Adquire contributos para o seu desenvolvimento pessoal e profissional</p> <p>♦A cuidar deles e dos outros, aprendeu que eles têm uma grande experiência da vida</p> <p>♦Aprendeu que os idosos têm uma grande experiência de vida</p> <p>♦Que mesmo que seja para os ajudar a morrer há muita coisa a fazer pelos idosos</p> <p>O que aprendeu com uma situação de cuidados</p> <p>♦O quanto foi importante respeitar a intimidade da pessoa quando estava a prestar cuidados de higiene</p>

<p>para conversar com a equipa dizendo o que se passou, (...) (E A, p. 6) /</p> <p>♦(...) estava a dar comida a uma doente, ela tinha um terço na mão direita eu estava a dar-lhe a sopa mas se calhar estava a dar-lhe com uma certa rapidez, e disse-lhe: "a senhora vai comer com a sua mão porque a senhora quando for para casa vai comer com a sua mão", e ela disse-me: "Ah minha filha eu já não posso". "Então porque é que a senhora tem o terço naquela mão?" "Oh filha tenho este terço para rezar por mim e para rezar por vocês para terem paciência porque tu estás com muita pressa". Foi engraçado, porque se calhar não me tinha apercebido da pressa que eu tinha, devia estar a dar-lhe a comida muito rápido e a senhora chamou-me à atenção para isso. "Eu vou rezar por mim e por ti para teres paciência porque estás com muita pressa e eu não posso alimentar-me. Dá-me a comida mas dá-me com mais calma e quando fores dar a outro faz da mesma maneira", é o que posso retirar daqui. (E A, p. 6-7)</p> <p>♦Aprendemos muito com as trocas de experiências com os colegas, (...) com as formações em serviço que tenho com os colegas e com colegas de outros serviços, (...) (E A, p. 7) /</p> <p>♦(...) quando acontece uma experiência significativa com alguém, as coisas não esquecem tão rapidamente e marcam de forma diferente, (...) (E A, p. 7)</p> <p>♦(...) muito do que eu aprendo na bibliografia completo com as conversa com os utentes (...) (E A, p. 7)</p>	<p>♦Como foi chamada à atenção por uma doente, aprendeu que lhe estava a dar alimentos de forma apressada</p> <p>A troca de experiências com os colegas</p> <p>♦Reconhece a importância da troca de experiências como uma mais valia para a sua formação</p> <p>♦A valorização das experiências significativas como uma mais valia para a sua formação</p> <p>As leituras complementadas com as experiências dos utentes</p> <p>♦Utiliza a bibliografia e as pessoas a quem presta cuidados como recursos formativos</p>
--	--

QUADRO DE SÍNTESE DA ENTREVISTA DE B

Factores que contribuíram para gostar de pessoas idosas

Constituintes das unidades de significação expressas pelas enfermeiras	Compreensão das unidades de significação que caracterizam a experiência das enfermeiras
<p>♦(...) comecei a viver muito cedo (...) uma ligação muito forte com os meus avós, (E B, p. 1) /</p> <p>♦(...) a proximidade com que as crianças estão com os seus avós, eu acho que pode ser muito benéfica, (...) estabelece-se uma relação com os avós que me parece que depois perdura pela vida fora e acho que a minha atitude com toda a minha experiência tem muito a ver com a relação que eu estabeleci com os meus avós na infância. (E B, p. 7)</p> <p>♦(...) tirei o curso, fiz o estágio em geriatria, no lar de idosos, aí fiquei de facto apaixonada pelos idosos, (E B, p. 1)</p>	<p>As vivências com os avós na infância</p> <p>♦ A ligação com os avós na infância</p> <p>♦A importância das suas vivências com os avós na infância para gostar de pessoas idosas</p> <p>A formação escolar durante o Curso de Enfermagem</p> <p>♦O contacto com idosos durante um estágio contribuiu para gostar destas pessoas</p>

<p>♦ (...) a minha ligação com os idosos tem a ver com a minha infância, com aquilo que eu vivi na infância. (E B, p. 1) /</p> <p>♦ (...) é fundamental aquilo que se recebe na infância para cuidar de idosos, (E B, p. 7)</p> <p>♦ (...) [os idosos] são pessoas que têm uma grande experiência de vida e que nos podem transmitir muitos desses conhecimentos. (E A, p. 1) /</p> <p>♦ (...) cada pessoa idosa é um mundo que tem um saber vivenciado muito grande (...) (E B; p. 1) /</p> <p>♦ (...) é uma etapa da vida (...) muito rica, a pessoa já teve oportunidade de viver situações, de as ultrapassar, já trabalhou, muitos já se reformaram, (E B; p. 2)</p> <p>♦ (...) os idosos são extremamente ternurentos (...) (E B; p. 1) /</p> <p>♦ (...) com feitios diferentes e com personalidades muito próprias, uns mais rabugentos do que outros, (E B; p. 1) /</p> <p>♦ (...) já não vive a vida de uma forma tão apressada (E B; p. 2) /</p> <p>♦ (...) a serenidade com que olham para a vida, (E B; p. 2)</p> <p>♦ (...) os idosos fazem birras como as crianças, fazem cenas de ciúmes como as crianças, se damos mais atenção a um do que a outro são capazes de amuarem. (...) exigem muita atenção e muitas vezes são um bocadinho egoístas, (...) acham que são o centro e portanto, temos que lhes dar tudo, (E B; p. 1-2)</p> <p>♦ (...) não encontram alternativas, muitos deixaram de viver, pararam, pois para muitos ser-se velho é ser-se inútil, (E B; p. 1-2)</p> <p>♦ (...) já não lhes preocupa chegar ao emprego a horas, não estão preocupados com as contas, com a casa, (E B; p. 1-2) /</p> <p>♦ (...) vivem esta fase de outra forma, fazendo outras coisas, que enquanto trabalharam não tiveram oportunidade de fazer e então aceitam pertencer a este grupo etário (...) (E B; p. 2-3) /</p> <p>♦ (...) conseguiram perfeitamente aceitar esta nova etapa e que convivem muito bem com ela. (E B; p. 3)</p> <p>♦ Se eu acredito que os idosos são capazes de produzir e que são válidos (...) e eu própria os estímulo e faço crer que eles são importantes, então isto vai passando, (E B, p. 3)</p>	<p>A valorização das experiências vividas na infância</p> <p>♦ As vivências da infância para gostar de pessoas idosas</p> <p>O que pensa ser a pessoa idosa</p> <p>♦ Pessoa com grande experiência de vida pronta a partilhar.</p> <p>♦ Pessoa com um grande saber vivenciado</p> <p>♦ Pessoa situada numa etapa da vida muito rica</p> <p>Características observados na pessoa idosa</p> <p>♦ São ternurentos</p> <p>♦ Têm personalidades muito próprias</p> <p>♦ Não vivem a vida de forma apressada</p> <p>♦ São serenos</p> <p>Atitudes negativas observadas na pessoa idosa</p> <p>♦ Paralelismo entre o idoso e a criança</p> <p>♦ A falta de iniciativa presente em muitos idosos</p> <p>Atitudes positivas observadas na pessoa idosa</p> <p>♦ Têm outras preocupações e que são diferentes das da pessoa da enfermeira</p> <p>♦ Fazem coisas que ainda não tiveram oportunidade de fazer</p> <p>♦ Aceitam pertencer a este grupo etário</p> <p>Impacto nas pessoas idosas de atitudes e comportamentos positivos que possam ser adoptados em relação a estas pessoas</p> <p>♦ Sentem-se bem e desenvolvem as suas capacidades em função das atitudes e comportamentos positivos adoptados</p> <p>Impacto nas pessoas idosas de atitudes e comportamentos negativos que possam ser adoptadas em relação a estas pessoas</p>
---	--

<p>♦(...) se eu tenho uma atitude de que os idosos são uma nulidade, que não são capazes de fazer nada, que até são um estorvo, que incomodam, então isso também vai passando. (E B, p. 3)</p> <p>♦(...) eu tenho a percepção da juventude, (...) Mas se eu pensar que à medida que o tempo vai passando, eu vou perdendo toda esta capacidade, essa energia e essa força, a minha atitude perante o idoso muda um bocadinho. (E B, p. 4)</p>	<p>♦Sentem-se inúteis perante atitudes e comportamentos negativos adoptados pelos enfermeiros</p> <p>Tomada de consciência do processo de envelhecimento pela enfermeira</p> <p>♦A importância da tomada de consciência do processo de envelhecimento, inerente a cada pessoa, como importante para percebermos e aceitarmos a pessoa idosa</p>
---	--

Cuidar de pessoas idosas

Constituintes das unidades de significação expressas pelas enfermeiras	Compreensão das unidades de significação que caracterizam a experiência das enfermeiras
<p>♦(...) o pouco que fazemos, para eles parece sempre muito, (E B, p.1)</p> <p>♦(...) é gratificante (...) estimulá-los todos os dias nas pequenas coisas, a fazer-lhes perceber que apesar de terem aquela idade é interessante viver e que podem ser úteis de uma outra forma e numa outra dimensão. E com alguns consegue-se isso, e depois temos o feed back que é começarem a sorrir, começarem a preocupar-se em lavar-se, em cuidar-se em sentirem-se bem, (E B, p. 2)</p> <p>♦(...) estou muito mais atenta aquilo que ele gosta e não gosta, como gosta de ser tratado, se gosta de ouvir um piropo, (...) se gosta que eu lhe faço um mimo, (...) porque estou atenta e, se eu me colocar um pouco no lugar dele, a atitude é diferente. (E B, p. 4)</p> <p>♦Cada pessoa é única e tem de ser cuidada como tal, seja quem for, seja o que for, e com o que quer que tenha é sempre uma pessoa. Nós não podemos tratar um braço, uma perna, uma cabeça, mas sim tratar um todo, (E B, p. 4)</p> <p>♦(...) a forma como nós lidamos com o corpo do outro tem muita importância e pode ter repercussões positivas ou negativas, consoante o modo como nós fazemos as coisas, (...) por vezes, fazemos as coisas tão mecanicamente, que não pensamos no que os nossos gestos podem provocar nos outros, e a dimensão desses gestos, e portanto, pode ser positivo como pode ser negativo, e é importante estarmos despertos para estas situações.</p>	<p>Como aprecia o seu trabalho com pessoas idosas</p> <p>♦Considera que para os idosos o pouco que se lhe faz parece sempre muito</p> <p>♦Sente-se bem por trabalhar com pessoas idosas quando as vê sorrir e a preocuparem-se consigo</p> <p>A importância do conhecimento da pessoa idosa na sua globalidade para a prestação de cuidados</p> <p>♦Está atenta às respostas da pessoa idosa aos seus cuidados</p> <p>♦A importância da unicidade e da globalidade da pessoa para a prestação de cuidados</p> <p>O lidar com o corpo</p> <p>♦Tem consciência das repercussões que pode ter o modo como lidamos com o corpo da pessoa</p>

Recursos formativos mobilizados

<i>Constituintes das unidades de significação expressas pelas enfermeiras</i>	<i>Compreensão das unidades de significação que caracterizam a experiência das enfermeiras</i>
<p>♦(...) aprendemos muito com eles [idosos], (...) não só em termos profissionais, mas também em termos humanos, (E B, p. 1) /</p> <p>♦(...) da minha experiência diária do contacto com estas pessoas e daquilo que elas me vão despertando e valorizando que me vou formando também, (E B, p. 5)</p> <p>♦(...) é interessante (...) apercebermo-nos destes fenómenos de mudança do ser humano como é que era antes, como é que somos, e como é que vamos ser, o apego que eles nos tem, (...) a entrega que nos fazem a nós, a própria paixão que chegam a sentir por nós, (E B, p. 2)</p> <p>♦(...) ao fim de uns tantos anos de profissão e de lidar muito com os idosos, encaro a vida com uma maior serenidade, e uma das coisa que aprendi, (...) foi o poder encarar a morte com outra serenidade que não tinha anteriormente. (E B, p. 3)</p> <p>♦(...) já assisti a várias mortes, cada uma diferente da outra, e estando atenta, (...) têm-me ajudado a viver melhor com essa situação, (E B, p. 3)</p> <p>♦(...) os idosos têm-me ensinado muito, têm-me feito crescer a nível pessoal (...) tem-me feito pensar, (E B, p. 3)</p> <p>♦(...) ajudam-me a prestar cuidados como eu gostaria que me prestassem um dia (...) (E B, p. 3)</p> <p>♦Na relação com os idosos, (...) gosto de aprender a psicologia deles, como é que eles são, porque é que reagem desta forma, o que é que os torna tão dependentes, o que é que eu poderei fazer para melhorar isso, como é que eu poderei relacionar-me com eles de uma forma sem ser ofensiva. (E B, p. 5)</p> <p>♦(...) estava a prestar cuidados a um doente juntamente com outra colega, e a colega descobriu o senhor, e eu disse-lhe: "não, vamos só descobri-lo por partes", e ele disse: "esta sabe o que está a fazer." Nesse dia eu fui para casa e não pensei noutra coisa senão nisso. (...) em casa reflecti sobre o quanto aquilo tinha sido eficaz para aquela pessoa, essa situação marcou-me profundamente. E hoje em dia quando presto cuidados de higiene a um doente, acho que em mente tenho sempre a imagem daquele homem. (E B, p. 4)</p> <p>♦(...) outro senhor, (...) que teve que ser algaliado, (...) ficou muito atrapalhado, expliquei-lhe o que lhe ia fazer, e que se houvesse alguma coisa que ele não gostasse que dissesse. Fiz o que tinha a fazer, quando acabei, ele agradeceu-me e começou a</p>	<p><i>A pessoa idosa como um recurso formativo</i></p> <p>♦Considera que aprende muito com as pessoas idosas em termos humanos e profissionais</p> <p>♦Considera que aprende com a experiência das pessoas idosas e do que estas lhe vão despertando e valorizando</p> <p>♦A tomar consciência do processo de envelhecimento</p> <p>♦A encarar a vida e a morte com maior serenidade</p> <p>♦A lidar melhor com a morte</p> <p>♦Os idosos têm contribuído para o seu crescimento pessoal</p> <p>♦Aprendeu que envolvidos no processo de cuidar, os idosos ajudam-na a prestar cuidados como gostaria que lhe prestassem</p> <p>♦Na relação que estabelece vai descobrindo o que é importante para a pessoa idosa</p> <p><i>O que aprendeu com uma situação de cuidados</i></p> <p>♦O quanto foi importante respeitar a intimidade da pessoa quando estava a prestar cuidados de higiene</p> <p>♦O quanto foi importante respeitar a intimidade da pessoa quando estava a prestar cuidados – algaliação</p>

<p>chorar, disse-me: “olhe senhora enfermeira, gostava de lhe agradecer, pela forma de como cuidou de mim, porque a senhora respeitou aquilo que era mais íntimo para mim, cobriu-me com os panos.” Esta situação também me marcou, pois cada pessoa tem a sua individualidade, e cada vez mais é importante respeitarmos isso, (E B, p. 4)</p> <p>♦Para além do saber aprender, do saber adquirir, da experiência do dia a dia, do estar atenta e desperta para estas situações na relação com o outro eu procuro ler muito (...) (E B, p. 5)</p> <p>♦(...) há sempre troca de ideias com colegas que é sempre importante, (E B, p. 5)</p> <p>♦(...) no futuro, as pessoas vão começar a pensar em entrar pelo mundo da troca de experiências, porque fala-se muito em formação disto, formação daquilo, mas cada pessoa tem inúmeras experiências que são diferentes (...) e se pudessem partilhar essas mesmas experiências (...) isso teria muitas repercussões, (E B, p. 6)</p> <p>♦(...) aprendemos com a experiência dos outros, (...) se calhar está na altura de nós pararmos um pouco e criarmos esses espaços para podermos trocar impressões, (...) falarmos da minha relação com aquele doente com aquela patologia, como é que eu vivi essa experiência, como é que o outro viveu, como é que eu viveria em situações semelhantes, eu acho que isso é positivo, e seria muito enriquecedor. (E B, p. 6)</p>	<p>As leituras complementadas com as experiências dos utentes</p> <p>♦Mobiliza as leituras e a experiência profissional e algumas características pessoais</p> <p>A troca de experiências com os colegas</p> <p>♦Valorização das trocas de ideias</p> <p>♦Valorização das experiências e da importância da partilha dessas experiências</p> <p>♦Valorização da importância da discussão e da partilha das experiências profissionais</p>
---	--

QUADRO DE SÍNTESE DA ENTREVISTA DE C

Factores que contribuíram para gostar de pessoas idosas

Constituintes das unidades de significação expressas pelas enfermeiras	Compreensão das unidades de significação que caracterizam a experiência das enfermeiras
<p>♦Desde criança sempre gostei mais de lidar com os idosos; sempre tive melhor comunicação com eles do que com os mais novos. (E C, p. 1)</p> <p>♦Sempre tive melhor relação e comunicação com pessoas idosas. (E C, p. 1)</p> <p>♦(...) foi uma coisa que desde a escola me marcou e me definiu, eu querer e gostar de trabalhar com idosos. (E C, p. 1)</p> <p>♦A formação na escola ajudou-me ainda mais a gostar e a prestar cuidados, a compreender melhor as coisas, a compreender melhor o idoso, em todos</p>	<p>A valorização das experiências vividas na infância</p> <p>♦As vivências da infância para gostar de pessoas idosas</p> <p>♦Refere tido sempre melhor relação e comunicação com pessoas idosas</p> <p>A formação escolar durante o Curso de Enfermagem</p> <p>♦ A importância da formação escolar</p> <p>♦A importância da formação escolar</p>

<p>os aspectos, (E C, p. 2)</p> <p>♦ (...) durante o curso de enfermagem tomei consciência de que estava mais vocacionada, que me sentia melhor, que gostava mais de prestar cuidados a pessoas idosas (...) (E C, p. 2)</p> <p>♦ (...) na minha infância tive os meus avós sempre presentes, (...) Tive sempre o acompanhamento dos meus avós e se calhar isso foi significativo. (E C, p. 1)</p> <p>♦ (...) uma das coisas que me ajudou foi gostar de ouvir, sem falar muito, de escutar as experiências, não só as experiências de saúde (...) mas também a experiência de vida deles, sem querer ser intrometida, sem querer saber pormenores da vida de cada um. (E C, p. 4 - 5) Tudo o que eu trago de trás, a minha forma de estar, (...) gostar de prestar os cuidados aos idosos. (...) a experiência profissional, a maneira de estar, o gostar de ouvir. (...) a minha forma de agir. (E C, p. 6)</p> <p>♦ (...) eles [idosos] em termos de cuidados não são muito exigentes, gostam mais de ouvir, de serem ouvidos, (...) São facilmente encaminhados e orientados e ouvem, (...) (E C, p. 3)</p> <p>♦ Alguns gostam de ser paparicados, mas acho que é numa fase em que realmente estão doentes, (...) (E C, p. 3)</p> <p>♦ (...) têm muito menos problemas psicológicos em encarar a doença do que um adulto. (E C, p. 3)</p> <p>♦ (...) quando está fisicamente debilitado é mais transparente, nota-se isso. (E C, p. 3)</p> <p>♦ Quando ele começa a ficar melhor, também demonstra que está bem, que não tem dores (...) (E C, p. 3)</p> <p>♦ (...) gostam de, até certo ponto, ser paparicados, mas depois a partir de uma certa altura, não gostam de ser tratados como bebés quando começam a sentir-se melhor, (E C, p. 4)</p> <p>♦ As pessoas idosas gostam de falar do que fizeram e do que não fizeram, (E C, p. 5)</p> <p>♦ (...) a Sociedade vê muito o idoso como um coitadinho que não pode (...) isso é a todos os níveis, mesmo na enfermagem, (...) estão sempre "ai coitadinho, coitadinho, deixa-se estar, põe-se na boca", (E C, p. 4)</p> <p>♦ Ser idoso é acumular uma série de experiências, é ter uma forma diferente de ver as coisas, muito menos materialista, mais humana, mais desprendida das coisas materiais e dos valores materiais, (E C, p. 4)</p>	<p>♦ Toma consciência, durante o curso de enfermagem, que quer trabalhar com pessoas idosas</p> <p>As vivências com os avós na infância</p> <p>♦ A ligação aos avós na infância</p> <p>Características pessoais da enfermeira que ajudaram a gostar de pessoas idosas</p> <p>♦ Gostar de ouvir, de escutar as suas experiências de saúde/vida, a sua forma de estar e de agir.</p> <p>Características observadas na pessoa idosa</p> <p>♦ Gostam de ouvir e de serem ouvidos, são facilmente encaminhados e orientados</p> <p>♦ Alguns gostam de ser paparicados quando estão doentes</p> <p>♦ Encaram melhor a doença</p> <p>♦ São mais transparente na doença</p> <p>♦ Diz que está bem quando se sente bem</p> <p>♦ Não gostam de ser tratados como crianças</p> <p>♦ Gostam de falar do passado</p> <p>Atitudes e comportamentos adoptados pela Sociedade em relação ao idoso e percebidos pela enfermeira</p> <p>♦ Vê o idoso como um coitadinho dependente</p> <p>O que pensa ser a pessoa idosa</p> <p>♦ Pessoa com uma série de experiência e desprendida de coisas e valores materiais</p>
--	--

Cuidar de pessoas idosas

Constituintes das unidades de significação expressas pelas enfermeiras	Compreensão das unidades de significação que caracterizam a experiência das enfermeiras
<p>♦(...) gosto essencialmente de promover a independência deles [idosos], (E C, p. 3) /</p> <p>♦(...) é preciso promover ao máximo a independência deles, (...) porque desde que a pessoa tenha condições para fazer, deve fazê-lo, e às vezes eles só precisam de serem incentivados. (E C, p. 4)</p> <p>♦(...) uma pessoa que fez levantar para um cadeirão (...) há a mania de meterem uma mesa à frente para ela comer. Eu gosto que essa pessoa vá à mesa, deve levantar-se, dar 3 a 4 passos. Às vezes devemos ter tempo e paciência, (...) porque eles não querem, mas depois ficam bem, a gente nota, eles sentem-se melhor. (E C, p. 4)</p> <p>♦(...) como prestamos cuidados de enfermagem e lidamos com pessoas idosas em que a parte física também se degrada, há que promover e aproveitar ao máximo as capacidades físicas da pessoa. (E C, p. 4)</p> <p>♦se a pessoa sentir confiança e em termos de instituição se esta puder dar resposta, como por exemplo dinheiro para que a pessoa possa comprar medicação, se calhar é uma das coisas que na altura está a preocupar a pessoa, mas não demonstra, (...) se pudermos detectar isso, acho que é também para isso que nós somos, não é só para dar um injectável e melhorar a situação, a dor. A minha perspectiva é esta: resolver os problemas das pessoas, (E C, p. 7)</p> <p>♦ (...) há que envolver a família para sabermos até que ponto podemos envolver mais o idoso. (E C, p. 5)</p> <p>♦Há que envolver a família. Eu tento sempre saber o que está à volta do idoso. Às vezes dizem que eu sou chata, (...) mas é também uma forma de ajudar, porque não é só o doente que entra no serviço, há que ver tudo e envolver tudo, não olhar só para a doença, há que utilizar todos os recursos. (E C, p. 5)</p>	<p>♦Promoção do auto-cuidado</p> <p>♦Refere ser necessário promover ao máximo o auto-cuidado</p> <p>Papel atribuído à pessoa idosa no processo de cuidados</p> <p>♦Estimula as pessoas idosas a participarem nos seus cuidados, pois estas sentem-se bem depois de serem estimulados a aproveitarem as suas capacidades</p> <p>♦Fazer com a pessoa idosa aproveitando todas as suas capacidades</p> <p>♦Ajudar a resolver os problemas das pessoas</p> <p>Papel atribuído à família no processo de cuidados</p> <p>♦Envolve a família tendo por objectivo envolver o idoso</p> <p>♦O envolvimento da família no processo de cuidados da pessoa idosa, olhando para esta pessoa como pessoa na sua globalidade, mobilizando todos os recursos</p>

Recursos formativos mobilizados

Constituintes das unidades de significação expressas pelas enfermeiras	Compreensão das unidades de significação que caracterizam a experiência das enfermeiras
<p>♦Abordá-los sempre com uma certa calma, (...) uma</p>	<p>O que aprendeu por trabalhar com pessoas idosas</p> <p>♦Os idosos não gostam de ser abordados de forma</p>

<p>coisa que eu aprendi com os tempos e que os assusta muito quando estão na cama é uma pessoa chegar a correr, entrar e sair, mesmo sem fazer barulho. (...) tentar ir o mais calmo possível, porque eles vão querer que a gente pare para falar qualquer coisa, (E C, p. 5)</p> <p>♦Há uma certa tendência para tratar os idosos como bebés, se calhar têm algumas semelhanças, mas acho que é das piores coisas que se pode fazer a um idoso, e embora haja quem goste, a maioria, pela minha experiência não gosta. (E C, p.4)</p> <p>♦[Os idosos] gostam de ser tratados sem diminutivos, sem coitadinho, mais os homens do que as mulheres. (E C, p.4)</p> <p>♦(...) eles gostam que os enfermeiros falem com a família, que lhes expliquem o que têm. Às vezes eles nem sequer querem saber, nem precisam que se lhes explique o que têm, mas (...) adoram ver o enfermeiro falar com a família, (E C, p. 5)</p> <p>♦(...) é preciso explicar-lhes as coisas, o que é que lhes estamos a fazer, com uma linguagem que eles percebam. (...) quando se faz uma técnica e dentro do possível, deve-se explicar nem que seja o mínimo, porque o idoso vai entender. (E C, p. 5)</p> <p>♦(...) não é muito fácil lidar com eles, porque temos de lhes mostrar muita experiência de início, ele nota logo se a pessoa está à vontade ou não (...) (E C, p. 3)</p> <p>♦(...) eles notam logo se a pessoa não tem experiência suficiente, (...) e a partir daí é muito difícil levá-los a tomarem consciência das orientações e dos ensinamentos que fazemos, de prestarmos cuidados, pois eles às vezes ficam um bocadinho desconfiados. (...) (E C, p. 3)</p> <p>♦(...) a minha prática profissional levou-me a arranjar mecanismos para aprender outras coisas, como por exemplo lidar com idosos, que a escola não me deu. (E C, p. 2)</p> <p>♦A minha prática de enfermagem tem-me ajudado a cuidar de pessoas idosas. (E C, p. 2)</p> <p>♦(...) é com a experiência que nós aprendemos a lidar com os idosos, aprendemos a lidar e a mostrar segurança mesmo em termos práticos, por exemplo, quando administramos um injectável, ou um soro, temos que mostrar segurança, senão deixam de ter segurança e ficam sempre um pouco desconfiados, e começa a ser mais difícil o relacionamento. (E C, p. 5 - 6)</p> <p>♦Eu quando falo da minha prática profissional eu englobo experiência profissional, bibliografia, formação programada com acções de formação com alguma coisa que me interesse para melhorar o meu desempenho. (E C, p. 7)</p>	<p>brusca</p> <p>♦Os idosos não gostam de ser tratados como crianças</p> <p>♦Os idosos não gostam de ser tratados com diminutivos</p> <p>♦Os idosos gostam que o enfermeiro fale com a família</p> <p>♦Os idosos gostam que se lhes explique o que lhe estamos a fazer</p> <p>♦Aprendeu com a pessoa idosa a necessidade de lhes mostrar muita experiência na prestação de cuidados</p> <p>♦A perceber que notam a falta de experiência do enfermeiro, e em face dessa in experiência não ligam às orientações</p> <p>A experiência profissional ajuda a:</p> <p>♦Arranjar mecanismos para lidar com idosos</p> <p>♦Cuidar de pessoas idosas</p> <p>♦Arranjar mecanismos para lidar com idosos e a mostrar-lhes segurança</p> <p>As leituras complementadas com a experiência profissional e formação programada</p> <p>♦Experiência profissional, bibliografia, acções de formação</p> <p>O que aprendeu com uma situação de cuidados</p>
--	---

♦temos uma pessoa internada que é considerada uma pessoa extremamente difícil e também a família, se calhar mais a família. O senhor sabe que vai embora, e esta noite ele descompensou, (...) Eu vi que ali não havia só doença, havia muita coisa por trás, havia revolta não propriamente dirigida à gente, mas mais dirigida à família, (E C, p. 7)	♦Situação de revolta contra a família manifestada por descompensação do eu estado de saúde na véspera da alta
---	---

QUADRO DE SÍNTESE DA ENTREVISTA DE D

Factores que contribuíram para gostar de pessoas idosas

Constituintes das unidades de significação expressas pelas enfermeiras	Compreensão das unidades de significativas que caracterizam a experiência das enfermeiras
♦(...) uma parte da formação que nós temos durante o estágio, durante o curso de enfermagem, em Medicina, em que aprendemos bastante, (E D, p.1)	A formação escolar durante o cursos de enfermagem ♦O contacto com idosos durante o estágio
♦(...) teve a ver com a colocação que me fizeram aqui nos Hospital. (...) quando cheguei cá sou colocada na Medicina por vontade própria. (E D, p.1)	Começa a trabalhar com pessoas idosas por vontade própria ♦Começa a trabalhar na Medicina por vontade própria
♦Eu quando vim para aqui do Faial eu pedi para vir para a Medicina; eu tinha feito o meu estágio cá e tinha sido um estágio compensador, foi para a Medicina que eu pedi para vir trabalhar. (E D, p. 2)	♦Por vontade própria depois de uma experiência compensadora durante o estágio no curso de base
♦(...) como toda a gente as pessoas têm os seus avós. Eu tive uma avó que eu gostava muito e que me deu muito apoio quando eu era criança, ela praticamente é que cuidava de mim, (...) não sei se tem alguma coisa a ver com o passado, (E D, p.1)	As vivências com os avós na infância ♦A ligação com os avós na infância
♦(...) tem também muito a ver com a minha vivência antes de eu ser enfermeira, com esta vivência que eu tive com a minha avó, (E D, p. 2)	♦A importância da presença dos avós na infância
♦(...) os idosos são uma faixa etária de uma população que eu tenho muito carinho, são pessoas que me despertam interesse, (E D, p. 1)	O que pensa ser a pessoa idosa ♦Pessoas por quem sente carinho e lhe despertam interesse
♦estão, também, um pouco indefesos as sociedade (...)	♦ Pessoas indefesas na sociedade
♦(...) são uma faixa etária na população que precisa de muito apoio da nossa parte, (E D, p.1)	♦Pessoas que precisam de muito apoio
♦A associação que eu faço de uma pessoa idosa é o isolamento, a pessoa idosa é uma pessoa isolada;(E D, p. 3)	♦É uma pessoa isolada
♦O sofrimento é a primeira coisa que me vem à cabeça quando se fala em idosos. ;(E D, p. 4)	♦É uma pessoa que sofre

<p>♦ (...) é da vivência do dia a dia aqui no Hospital, (...) e daquilo que eu vejo na rua, (...) a sensação que eu tenho hoje em dia: idoso é sinônimo de abandono, de sofrimento. ;(E D, p. 4)</p> <p>♦ (...) os familiares que agente encontra numa Medicina, (...) arranjam subterfúgios de todo o tipo e feito para se desenvencilharem, de terem um idoso em casa para cuidarem, (E D, p. 1)</p> <p>♦ [os familiares] a primeira atitude que têm é deixá-los, levá-los mesmo para o Hospital para que lá fiquem, (E D, p. 2)</p> <p>♦ (...) se calhar ao fim e ao cabo estamos a julgar mal porque não sabemos dos problemas que têm em casa para terem atitudes destas para com os idosos. (E D, p. 2)</p> <p>♦ (...) começo a pensar que vou chegar a velha e assusta-me muito quando penso nisso, quando me faltar as minhas capacidades, (E D, p. 3)</p> <p>♦ (...) acho que tenho uma visão muito negra da velhice, e vejo um pouco essas coisas em cada velhinho que está internado, em cada velhota que está internada, eu tento, falo com os familiares, (E D, p. 3)</p> <p>♦ (...) na forma como cuidamos das pessoas, no dia a dia, acabamos por nos aperceber de como vive em casa, do apoio que têm e do que não têm, e é rara a vez em que eu vejo uma alegria, uma harmonia. (E D, p. 3)</p> <p>♦ Quando se interna um doente idoso (...) o que acabamos por verificar é uma dependência muito grande do Hospital, e até os próprios familiares dependem do Hospital (...) (E D, p. 5)</p>	<p>♦ É uma pessoa abandonada e que sofre</p> <p>Atitudes e comportamentos adoptados pela família em relação à pessoa idosa e percebidos pela enfermeira</p> <p>♦ Arranjam subterfúgios para deixarem o idoso no hospital</p> <p>♦ Levam-nos para o hospital para que lá fiquem</p> <p>Motivos do abandono dos idosos pela família</p> <p>♦ Percepciona que poderá haver motivos para os familiares abandonarem os idosos</p> <p>Tomada de consciência do processo de envelhecimento pela enfermeira</p> <p>♦ Toma consciência do processo de envelhecimento mas com alguma apreensão</p> <p>Percepção de abandono a que são votados os idosos</p> <p>♦ Percepciona a sensação de abandono nos idosos</p> <p>♦ Percepciona a sensação de abandono pela falta de harmonia e alegria nos idosos</p> <p>♦ Percepciona dependência em relação ao hospital</p>
--	--

Cuidar de pessoas idosas

Constituintes das unidades de significação expressas pelas enfermeiras	Compreensão das unidades de significação que caracterizam a experiência das enfermeiras
<p>♦ (...) é compensador estares a cuidar de um velhinho, estares a dar-lhe um carinho, estares a fazer um tratamento qualquer e é raro veres um idoso dizer saí daqui, (E D, p. 2)</p> <p>♦ (...) é compensador, (...) e mais gratificante se torna quando ao aplicarmos os nossos conhecimentos, vemos que as coisas dão frutos, em termos de tratamento, em termos do acompanhamento do doente no seu dia a dia, vemos a evolução, (E D, p. 2)</p>	<p>Como aprecia o seu trabalho junto das pessoas idosas</p> <p>♦ Sente-se bem pelo trabalho que desenvolve e pela aceitação desse trabalho por parte das pessoas idosas</p> <p>♦ Sente-se bem pelos resultados do seu trabalho junto das pessoas idosas</p>

<p>♦ (...) hoje em dia quando cuidas de uma pessoa e te agradecem (...) sinto-me valorizada. (...) Fico bem quando sinto que faço as coisas bem feitas, e conseguimos dar alegria aos idosos com muita facilidade nos dias de hoje e sinto-me compensada porque eles nos agradecem e vemos que eles ficam felizes num determinado momento. (E D, p. 9)</p> <p>♦ (...) eu penso que eles acreditam que tudo o que estamos a fazer, (...) é para bem deles, (...) vais picar um doente e ele agradece, (...) Eu interpreto o agradecimento como uma forma de acharem que estamos a cuidar deles, (...) e sabem que aquele acto que fizemos era com intuito de melhorar a saúde deles seja em que aspecto for, (E D, p. 2)</p>	<p>♦ Sente-se valorizada quando presente que faz bem as coisas</p> <p>Como percepciona a aceitação do seu trabalho junto da pessoa idosa</p> <p>♦ Percepciona que aceitam o seu trabalho porque pensam que é para o bem deles</p>
---	--

Recursos formativos mobilizados

<u>Constituintes das unidades de significação expressas pelas enfermeiras</u>	<u>Compreensão das unidades de significação que caracterizam a experiência das enfermeiras</u>
<p>♦ (...) no dia adia a gente tem sempre a tendência de levar situações que vivemos no dia anterior para o dia seguinte (...) hoje fazemos uma coisa que deu certo, no dia a seguir temos a tendência a fazer o mesmo; (E D, p. 6)</p> <p>♦ o que nos dá formação são as nossas vivências do dia a dia com os doentes. (E D, p. 6)</p> <p>♦ Todas as situações práticas são o melhor recurso formativo que temos, (E D, p. 6)</p> <p>♦ (...) eu valorizo muito mais é a experiência profissional, (E D, p. 7)</p> <p>♦ (...) acima de tudo acho muito mais importante o dia a dia que temos com a pessoa idosa de enriquecermos e podermos adquirir conhecimentos com estas pessoas. (E D, p. 6)</p> <p>♦ Em termos de formação pela leitura, gosto de ler, (...) temos também as nossas próprias situações, as nossas vivências. (E D, p. 7)</p> <p>♦ (...) aquela situação que tiveste e o que fizeste, aquela colega fez assim mas se calhar não estava bem, (...) discutimos a melhor forma de cuidarmos das pessoas através destas pequenas conversas, (E D, p. 7)</p>	<p><u>A experiência profissional ajuda a:</u></p> <p>♦ Desenvolver e a adquirir conhecimentos</p> <p>♦ Aprende com as vivências com os doentes</p> <p>♦ Tem consciência da importância da formação em contexto de trabalho</p> <p>♦ Valorização da experiência profissional</p> <p><u>A pessoa idosa como um recurso formativo</u></p> <p>♦ Considera que aprende muito no dia a dia com a pessoa idosa</p> <p><u>Leituras complementadas com as experiências dos utentes</u></p> <p>♦ Mobiliza as leituras e as suas experiências</p> <p><u>A troca de experiências com os colegas</u></p> <p>♦ Valorização das experiências e a importância da partilha dessas experiências</p>

QUADRO DE SÍNTESE DA ENTREVISTA DE E

Factores que contribuíram para gostar de pessoas idosas

Constituintes das unidades de significação expressas pelas enfermeiras	Compreensão das unidades de significação que caracterizam a experiência das enfermeiras
<p>♦(...) tenho desenvolvido com eles o gosto para cuidar de doentes idosos. (E E, p. 1)</p> <p>♦(...) a experiência profissional foi-me muito marcante para gostar de prestar cuidados a pessoas idosas. (E E, p. 2)</p> <p>♦(...) os idosos são pessoas que estão um bocado esquecidas (...) (E E, p. 1)</p> <p>♦(...) são pessoas que (...) não têm com quem falar, não têm carinho e muitos referem que não estão a fazer nada neste mundo. (E E, p. 1)</p> <p>♦Os idosos necessitam de ser ajudados e compreendidos, (...) são mal cuidados, são vistos como pessoas inúteis (...) sentem-se rejeitados e postos de lado. (E E, p. 2)</p> <p>♦Muitos doentes (...) são internados (...) porque estão desidratados, não estão a ser bem alimentados, têm cuidados de higiene precários, (E E, p. 3)</p> <p>♦São pessoas que têm muito valor, que nos podem ensinar muito, (E E, p. 1)</p> <p>♦(...) é uma pessoa que já fez um longo percurso na vida. (...) tem uma grande experiência da vida, com grande conhecimento da vida (...) (E E, p. 2)</p> <p>♦À medida que vamos envelhecendo (...) começamos a encarar a nossa própria velhice (...) começamos a olhar os velhinhos com outros olhos, (...) começamos também a pensar que gostaríamos de ser bem cuidados quando chegarmos à idade deles, (E E, p. 1)</p> <p>♦ (...) na alta hospitalar, (...) ou não têm condições em casa, ou não há uma pessoa que cuide do doente, (...) é um peso para os familiares, (E E, p. 3)</p>	<p>O percurso profissional</p> <p>♦Desenvolve com os idosos o gosto para cuidar deles</p> <p>♦Ajuda-a a gostar de prestar cuidados aos idosos</p> <p>Percepção de que as pessoas idosas são votadas ao abandono</p> <p>♦ Percepciona que as pessoas idosas são pessoas esquecidas</p> <p>♦Percepciona a solidão nos idosos</p> <p>♦Percepciona que os idosos são vistos como inúteis, rejeitados e postos de lado</p> <p>♦Como se apresentam os idosos no internamento</p> <p>O que pensa ser a pessoa idosa</p> <p>♦Pessoa com um grande saber vivenciado</p> <p>♦Pessoa com grande experiência de vida</p> <p>Tomada de consciência do processo de envelhecimento pela enfermeira</p> <p>♦Ao encarar o processo de envelhecimento vê os idosos de outro modo</p> <p>Falta de apoio familiar/social para com os idosos</p> <p>♦Percepciona as dificuldades porque passa a pessoa idosa quando tem alta</p>

Cuidar de pessoas idosas

Constituintes das unidades de significação expressas pelas enfermeiras	Compreensão das unidades de significação que caracterizam a experiência das enfermeiras
<p>♦(...) mantermos uma relação de ajuda nas suas dificuldades até aos seus últimos dias de vida. (E E, p. 2)</p> <p>♦Cuidar de pessoas idosas é dar incondicionalmente, (...) é fazê-lo viver e ter gosto pela vida, ter motivos para continuar a viver, ter motivos para continuar a sorrir, ter motivos para continuar a dizer uma graça, (E E, p. 3)</p> <p>♦olhar para o doente (...) como uma pessoa que não está desintegrada da sua vida, (...) e entendê-lo, fazer com que ele nos fale dos seus problemas, e perceber todo o tipo de mensagem que nos possa estar a transmitir. (E E, p. 5)</p> <p>♦É importante perceber e chegar ao verdadeiro problema do doente, o que é que o preocupa, quais são as prioridades, como é que o vamos ajudar, (E E, p. 5)</p>	<p>O que pensa ser cuidar de pessoas idosas</p> <p>♦Manter uma relação de ajuda</p> <p>♦É fazê-lo viver e ter gosto pela vida</p> <p>♦Olhá-lo como pessoa na sua globalidade, e fazer com que fale dos seus problemas</p> <p>♦Resolver o problema da pessoa</p>

Recursos formativos mobilizados

Constituintes das unidades de significação expressas pelas enfermeiras	Compreensão das unidades de significação que caracterizam a experiência das enfermeiras
<p>♦(...) conseguimos aprender muito com os idosos e aprender a forma como devemos cuidar dos idosos (...) (E E, p. 1)</p> <p>♦ (...) ao estabelecermos uma relação com um doente, estamos a aprender sobre essa pessoa, sobre a sua velhice, sobre as suas necessidades, (E E, p. 3)</p> <p>♦ (...) as pessoas fazem uma perguntinha só para sentirem uma pessoa ali, (...) os idosos não têm ninguém e gostam de ter uma pessoa para conversar, (...) sentirem que estão a ser ouvidos, que são importantes para alguém, (E E, p. 6)</p> <p>♦(...) diariamente aprendemos com cada situação, cada situação é ao fim e ao cabo conhecimento que nós estamos a adquirir, (E E, p. 3)</p> <p>♦Da prática, (...) podemos retirar muitos conhecimentos, enriquecermos os nossos próprios conhecimentos e a nossa própria actuação. (E E, p. 5)</p> <p>♦(...) com a experiência profissional ficamos mais despertos para as reais necessidades dos doentes, (E E, p. 6)</p>	<p>O que aprendeu com a pessoa idosa</p> <p>♦A cuidar dos idosos</p> <p>♦A perceber os problemas das pessoas, sobre as suas necessidades</p> <p>♦A perceber que a solidão está presente em muitos idosos</p> <p>A experiência profissional ajuda a:</p> <p>♦A desenvolver e a adquirir conhecimentos</p> <p>♦Retirar conhecimentos para melhorar a prestação de cuidados</p> <p>♦Adquire conhecimentos para perceber melhor as necessidades das pessoas</p>

<p>♦através das experiências com o doente eu retiro conhecimento para crescer como profissional e como pessoa. (E E, p. 5)</p> <p>♦(...) tenho lido bastante a nível da comunicação, da interacção com o doente (...) (E E, p. 5)</p> <p>♦Utilizo a pesquisa bibliográfica para melhorar o meu desempenho, no relacionamento com o próprio doente, (E E., p. 7)</p> <p>♦ (...) um doente (...) perguntava: senhora enfermeira posso fazer xixi para o saquinho? Sim pode, (...) então daí a bocadinho ele diz: ó senhora enfermeira mas é aquele frasquinho (...), aquilo é bom não é? (...) Depois pergunta outra coisa qualquer e às tantas cheguei-me à beira dele e disse-lhe: bem o que é que o senhor quer perguntar agora, quer que eu fique um bocadinho consigo? Quer que eu fale um bocadinho consigo? Puxei a cadeira e fiquei a conversar com ele, e ele ficou assim a olhar para mim. Não, não, o que eu queria era mesmo perguntar pelo saquinho de urina, (...) o que o senhor quer é que eu fique aqui um bocadinho consigo, para não ficar sozinho, para ter alguém com quem falar. E era isso que ele queria, ele depois disse-me que sim. (...) Aquelas perguntas eram só para prender a gente, (...) gostam de ter uma pessoa para conversar. Muitas vezes não é preciso grandes conversas, é sentirem que estão a ser ouvidos, que são importantes para alguém, eu acho que é bom ouvir estas pessoas que já deram muito e que ainda têm muito para dar. (E E, p. 6)</p> <p>♦(...) quando apanho algum colega que goste de aprofundar estas áreas com as nossas experiências pessoais e como encaramos determinadas formas de agir dos doentes e a forma como procedemos: (E E., p. 7)</p>	<p>A pessoa idosa como um recurso formativo ♦Considera que aprende com as pessoas idosas</p> <p>As leituras complementadas com as experiências dos utentes ♦Utiliza a bibliografia e as pessoas a quem presta cuidados como recursos formativos</p> <p>♦Utiliza a bibliografia para melhorar o seu desempenho</p> <p>O que aprendeu com uma situação de cuidados ♦ Aprendeu que a pessoa estava a precisar que ficassem ali com ela e se disponibilizassem para ouvir os seus problemas</p> <p>A troca de experiências com os colegas ♦Valorização das experiências e da importância da partilha dessas experiências</p>
---	--

QUADRO DE SÍNTESE DA ENTREVISTA DE F

Factores que contribuíram para gostar de pessoas idosas

Constituintes das unidades de significação expressas pelas enfermeiras	Compreensão das unidades de significação que caracterizam a experiência das enfermeiras
<p>♦(...) fazendo tudo isto muito mais devagar, com mais serenidade, acabamos por passar um turno de 8 horas (...) mais depressa, a gente nem dá por isso, nem é uma questão de estar ocupado e não ver o tempo a passar, mas é porque muitas vezes temos aquela cavaqueira amena com os velhinhos,</p>	<p>O percurso profissional ajuda a ♦ Gostar de passar o tempo com as pessoas idosas</p>

<p>(E F, p. 8)</p> <p>♦(...) além da educação cristã, (...) educação moral, a educação familiar (...) aquela deferência que nós tínhamos pelos mais velhos, (...) essa educação vai influenciar tudo o que vem a seguir. (...) quando chegamos para cuidar de um idoso temos toda a bagagem atrás, uma maneira de ser, um comportamento e uma atitude que foi ficando durante estes anos (...) (E F, p. 4)</p> <p>♦(...) na minha infância tive uma ligação muito forte com (...) os meus avós, (...) um sentimento de respeito, de amizade, de amor, (E F, p. 5)</p> <p>♦(...) os idosos são os mais doentes e os mais carenciados, (...) necessitam de maiores cuidados. (...) por carências afectivas, por carências físicas, pelas dificuldades que eles têm nível social, (E F, p. 1)</p> <p>♦As pessoas tornam-se idosas quando geralmente passam à reforma e assim atingem alguns objectivos de vida, (E F, p.2)</p> <p>♦(...) um idoso gosta de ser cuidado, acarinhado, gosta de conversar (...) (E F, p. 1)</p> <p>♦(...)para além da sua experiência de vida também sabe quais são as suas necessidades. (...) gostam de conversar, gostam de passar o tempo a ser cuidados, (...) gostam de fazer amigos, (...) vivem os momentos todos porque o tempo também já é pouco, e apreciam todos os momentos (...) (E F, p. 2)</p> <p>♦(...) se têm os objectivos já concluídos próprios para a idade, são muito mais serenos, mais calmos, aceitam o enfermeiro como um amigo, (...) que está a li para o ajudar (...) (E F, p. 4)</p> <p>♦ (...) aqueles que não têm os objectivos concluídos e que necessitam ainda de tempo, às vezes têm a sensação de que não têm o tempo de que precisam, (...) estão naquela fase de negação por contingências da própria doença, (E F, p. 5)</p> <p>♦ (...) deita cá para fora tudo, é mais um livro aberto, (E F, p. 6)</p> <p>♦ (...) depositam em nós uma confiança muito maior do que os outros. (E F, p. 6)</p> <p>♦(...) apercebo-me muito mais depressa de quais são os problemas que eles [idosos] têm, das necessidades que eles têm do que de um adulto. (E F, p. 6)</p> <p>♦(...) eles estando conscientes, orientados e lúcidos, (...) conseguem passar os problemas físicos melhor do que outra pessoa qualquer, (E F, p. 6)</p> <p>♦(...) preocupa-me o sofrimento do idoso (...) eu não gosto de os ver sofrer. (...) às vezes eles sofrem é porque um filho não os veio ver, (E F, p. 10)</p>	<p>As vivências da infância</p> <p>♦Refere a educação que teve na infância para gostar de pessoas idosas</p> <p>As vivências com os avós na infância</p> <p>♦A ligação aos avós na infância</p> <p>O que pensa ser a pessoa idosa</p> <p>♦Pessoas que necessitam de muito apoio pelas carências que apresentam</p> <p>♦Pessoa que se reforma, cuja reforma é vista como um objectivo de vida</p> <p>Características observadas na pessoa idosa</p> <p>♦Gosta de ser acarinhado e de conversar</p> <p>♦Sabe o que quer e aproveita viver bem todos os momentos</p> <p>♦Se concluíram os seus objectivos são serenos, calmos, aceitam o enfermeiro como amigo</p> <p>♦Se não concluíram os seus objectivos podem estar numa fase de negação por contingências da doença</p> <p>♦É uma pessoa sincera</p> <p>♦Têm mais confiança nos enfermeiros do que as outras pessoas</p> <p>♦São mais transparentes, o que leva os enfermeiros a perceberem mais depressa as suas necessidade e problemas</p> <p>♦Enfrentam melhor os problemas físicos</p> <p>Percepção de que as pessoas idosas dão votadas ao abandono</p> <p>♦Percepção o sofrimento e o abandono a que são votados os idosos</p>
---	--

Cuidar de pessoas idosas

Constituintes das unidades de significação expressas pelas enfermeiras	Compreensão das unidades de significação que caracterizam a experiência das enfermeiras
<p>♦cuidar com maior afectividade, prestar cuidados com maior empatia, (E F, p. 1)</p> <p>♦(...) o que me leva muito a cuidar de idosos é para que eles tenham uma qualidade de vida, (...) mental rica (...) (E F, p. 5-6)</p> <p>♦(...) a referência a idoso é igual a respeito, empatia, a uma cuidar muito mais sereno, com muito mais tempo, (E F, p. 6)</p> <p>♦(...) a gente já tem a preocupação de perguntar, se gosta da cama para baixo, se gosta da cama ao sol, se gosta da cama para o lado da janela, se gosta para a porta, (E F, p. 6)</p> <p>♦(...) a cama, os degraus, a roupa, e tudo aquilo que vai estar à volta dele, uma medalhinha, a florzinha, uma palhinha, a água à mão, (...) procuro sempre que eles tenham uma alimentação personalizada,</p> <p>♦(...) os cuidados prestados aos idosos parece que são mais leves e mais ricos, e assim nós temos a sensação de que recebemos mais. (...) por causa da receptividade que aquilo dá, da satisfação do trabalho. (E F, p. 1)</p>	<p>O que pensa ser cuidar de pessoas idosas</p> <p>♦Maior afectividade e empatia</p> <p>♦Trabalhar em prol da qualidade de vida</p> <p>♦ É um cuidado mais sereno, com mais tempo</p> <p>♦Tem em conta as preferências da pessoa</p> <p>♦A importância da individualização dos cuidados</p> <p>Como aprecia o seu trabalho com pessoas idosas</p> <p>♦Sente-se bem pelo trabalho que desenvolve junto das pessoas idosas</p>

Recursos formativos mobilizados

Constituintes das unidades de significação expressas pelas enfermeiras	Compreensão das unidades de significação que caracterizam a experiência das enfermeiras
<p>♦(...) vamos aprender com eles, (...) vamos aprendendo todos os dias muito mais com um idoso em termos de cuidar do que com as outras pessoas. (E F, p. 1)</p> <p>♦(...) têm um patamar de experiências e de conhecimentos empíricos, que lhe dá outro sentido à vida, (E F, p. 2)</p> <p>♦(...) vamos aprendendo (...) com a experiência que eles têm e que vão acumulando ao longo da vida, (E F, p. 2)</p> <p>♦(...) vamos alterar os comportamentos e as atitudes ao longo da nossa vida profissional consoante aquilo que nós vamos aprendendo com os próprios idosos, (E F, p. 4)</p>	<p>A pessoa idosa como um recurso formativo</p> <p>♦Considera que aprende com as pessoas idosas</p> <p>♦Considera a pessoa idosa detentora de experiência e de conhecimento</p> <p>♦Considera que aprende com a experiência acumulada dos idosos</p> <p>♦Considera que vai alterando as suas atitudes e comportamentos com o que vai aprendendo com os idosos</p>

<p>♦A gente aprende a cuidar deles a conversar com eles, às vezes são eles que nos ensinam como é que se deve cuidar deles. (E F, p. 2)</p> <p>♦(...) transmitem-nos todos os conhecimentos que eles têm, (...) vamos aprendendo a cuidar deles porque depois somos nós que alteramos a nossa atitude, (E F, p. 3)</p> <p>♦(...) aprendemos a ver a vida como uma vida mais serena, (...) já não é aquela euforia que nós temos no dia a dia, (...) a empatia é uma sensação que a gente tem (...) (E F, p. 3)</p> <p>♦Quando eles estão agitados, ansiosos, muitas vezes é porque estão com febre ou com dores, (E F, p. 10)</p> <p>♦(...) afinal o homem estava a sofrer não era de dores, mas sim porque um filho não o vinha ver, (E F, p. 10)</p> <p>♦(...) ao longo do tempo, (...) a gente vai aprendendo que não se pode tratar um idoso ou cuidar de um idoso da mesma maneira que se cuida de uma pessoa de 20 ou de 30. (E F, p. 3)</p> <p>♦(...) são as tais experiências que vamos tendo e que vamos alternado a nossa maneira de ser (...) (E F, p. 10)</p> <p>♦(...) agora somos mais autodidactas e nos obrigam a ir lendo umas coisas e também revistas de enfermagem, (E F, p. 9)</p> <p>♦(...) cursos de formação que a gente de vez enquanto faz, (E F, p. 9)</p>	<p>O que aprendeu com a pessoa idosa</p> <p>♦A cuidar dos idosos</p> <p>♦A cuidar dos idosos</p> <p>♦Aprende a ver a vida de forma mais serena e a desenvolver a empatia</p> <p>♦Que podem manifestar os seus problemas de diversos modos, como por exemplo, estar agitado por ter dores ou febre</p> <p>♦Que podem manifestar os seus problemas de diversos modos, como por exemplo, referir dores devido à ausência do filho</p> <p>A experiência profissional ajuda a:</p> <p>♦A adquirir conhecimentos sobre na pessoa idosa</p> <p>♦A alterar a maneira de ser</p> <p>Mobilização de leituras</p> <p>♦Mobiliza as leituras para adquirir conhecimentos</p> <p>Ações de formação</p> <p>♦Frequenta acções de formação</p>
---	---

QUADRO DE SINTESE DA ENTREVISTA DE G

Factores que contribuíram para gostar de pessoas idosas

Constituintes das unidades de significação expressas pelas enfermeiras	Compreensão das unidades de significação que caracterizam a experiência das enfermeiras
<p>♦(...) acabei o curso não era bem a área em que eu gostaria de trabalhar, mas era o local do Hospital que tinha falta e eu fui para a Medicina (...) (E G, p. 1)</p> <p>♦(...) com o decorrer dos anos eu podia até ter pedido uma transferência de serviço só que comecei a gostar de lidar com pessoas idosas, (E</p>	<p>Começa a trabalhar com pessoas idosas por imposição</p> <p>♦Começa a trabalhar com pessoas idosas por imposição</p> <p>O percurso profissional</p> <p>♦O percurso profissional desenvolve-lhe o gosto pelas pessoas idosas</p>

<p>G, p. 1)</p> <p>♦Quando comecei a trabalhar é que fui criando uns laços diferentes com as pessoas idosas, pois eu não tinha grande contacto nem nada que me ligasse a elas; foi o contacto, a continuação dos cuidados, o convívio com eles, que me apaixonei, (...) acho que foi mesmo c contacto directo com estas pessoas que me fez gostar. (E G, p. 2)</p> <p>♦A pessoa idosa à partida é aquela que tem muita idade. (...) É uma pessoa que já viveu muito (...) É ter uma vivência mais prolongada da vida (E G, p. 2)</p> <p>♦(...) são pessoas que precisam de muito carinho (...) temos que ter muita disponibilidade para cuidar deles. (E G, p. 5)</p> <p>♦(...) os idosos quando estão doentes exigem muito de nós, (E G, p. 1)</p> <p>♦nós pensamos mais no futuro, eles pensam mais no passado, (...) por estarem mais perto da morte falam mais à vontade dela e nós ficamos impressionados, (E G, p. 4)</p> <p>♦apegam-se muito à parte religiosa no fim da vida. (...) rezam para não terem dores, rezam para a gente ter saúde para tratar deles, para terem uma boa hora da morte. (...) quando rezam sentem-se bem, (...) sentem-se aliviados. (...) sentem-se acompanhados, (E G, p. 4)</p> <p>♦(...) são outra vez meninos, são como os bebés, só que são bebés grandes, bebés pesados, têm de usar a fralda, temos de lhes dar comida, (E G, p. 5)</p> <p>♦(...) há muito o pensamento de que a pessoa idosa já está no fim da vida e não tem muita utilidade, (E G, p. 3)</p>	<p>♦Desenvolve o gosto pelas pessoas idosas pelo contacto directo com estas pessoas</p> <p>O que pensa ser a pessoa idosa</p> <p>♦Pessoa com muitas idade, com uma vivência prolongada da vida</p> <p>♦Pessoas que necessitam de carinho e disponibilidade</p> <p>Características observadas na pessoa idosa</p> <p>♦ São exigentes em termos de trabalho</p> <p>♦Recordam o passado e falam mais à vontade da morte</p> <p>♦ Envolvem-se mais com a religião</p> <p>♦São dependentes como as crianças</p> <p>Percepção de que as pessoas idosas são votadas ao abandono</p> <p>♦ Percepciona o abandono a que são votadas as pessoas idosas</p>
---	---

Cuidar de pessoas idosas

Constituintes das unidades de significação expressas pelas enfermeiras	Compreensão das unidades de significação que caracterizam a experiência das enfermeiras
<p>♦(...) uma pessoa quando está a cuidar tem sempre tempo de conversar, de conhecer, de partilhar determinadas coisas, (E G, P. 3)</p> <p>♦(...) é uma prática em que a gente consegue ajudar muito num determinado momento da vida em que as pessoas necessitam, (E G, P. 5)</p> <p>♦(...) não é satisfatório porque os cuidados não são, porque por muito esforço que façamos não conseguimos ser eficazes, as pessoas acabam por falecer e não podemos fazer nada,</p>	<p>O que pensa ser cuidar de pessoas idosas</p> <p>♦ Conversar, conhecer, partilhar</p> <p>♦Ajudar as pessoas nos momentos em que estas precisam</p> <p>Como aprecia o seu trabalho com as pessoas idosas</p> <p>♦ Insatisfação pelos resultados obtidos ao cuidar de pessoas idosas, quando estas morrem</p>

Recursos formativos mobilizados

Constituintes das unidades de significação expressas pelas enfermeiras	Compreensão das unidades de significação que caracterizam a experiência das enfermeiras
<p>♦ (...) tem uma experiência de vida diferente da minha, e que eu posso tirar partido em termos pessoais e profissionais. (E G, p. 2)</p> <p>♦ A gente aprende muito com elas, a todos os níveis, a níveis de emprego na prática, a níveis teóricos, a níveis sociais, (E G, p. 1)</p> <p>♦ Com eles estamos sempre a aprender, (...) em termos pessoais e sociais com eles aprendemos muita coisa da vida. (E G, p. 1)</p> <p>♦ (...) muitas vezes são eles que nos ajudam a nós, porque eles conseguem encarar muitas coisas da sua velhice que a gente ainda não sabe como é, (E G, p. 5)</p> <p>♦ (...) com a prática uma pessoa aprende a comunicar, (E G, p. 1)</p> <p>♦ (...) com a prática uma pessoa consegue desenvolver outra atitude perante a pessoa idosa, (E G, p. 3)</p> <p>♦ A prática ajuda-me a reflectir, ajuda-me para outras situações, (...) Se eu chego ao pé de um doente e ele me diz: eu vou morrer, eu começo a pensar: houve outro doente que disse que ia morrer e morreu e com este pode acontecer a mesma coisa. E isto faz-me reflectir, faz-me pensar. (E G, p. 3)</p> <p>♦ As pessoas têm uma percepção de vida sobre quando é que vão morrer, sabem quando é que vão morrer, e fazem um controlo da morte (...) eles sabem, eles esperam, por exemplo, pela esposa (...) eu já tive muitas experiências destas, (E G, p. 3)</p> <p>♦ Um dia estava a fazer tarde ele [idoso] chamou-me e eu fui muitas vezes junto dele, à meia noite ele chamou-me, eu disse ao meu colega: "tu vai-me desculpar, eu já lá fui muitas vezes, se não te importantes vais tu lá". (...) ele foi lá, e o doente faleceu nessa noite. E eu depois fiquei a pensar, pois ele tinha chamado por mim. O que será que ele me queria dizer, que não me pode dizer, porque eu não fui a verdade é essa, eu pedi a outro para ir. E agora eu penso sempre nisto quando alguém me chama eu vou, (...) não deixou de ter cuidados (...) foi desagradável (...) podia ter ido (...) foi uma experiência estranha. (E G, p. 6)</p> <p>♦ A gente vai a umas acções de formação, (...) Depois se queremos aplicar algumas coisas do que aprendemos nas acções de formação conseguimos</p>	<p>A pessoa idosa como um recurso formativo</p> <p>♦ Considera que aprende com a pessoa idosa</p> <p>O que aprendeu com a pessoa idosa</p> <p>♦ Contributos para o seu desenvolvimento pessoal e profissional</p> <p>♦ Contributos para o seu desenvolvimento pessoal e profissional</p> <p>♦ Contributos para perceber a "velhice"</p> <p>A experiência profissional ajuda a:</p> <p>♦ Comunicar</p> <p>♦ Desenvolver atitudes ♦</p> <p>♦ A reflectir sobre as situações e a estar a tenta a novas situações que possam ser idênticas</p> <p>♦ A ver que e como as pessoas percebem a sua morte</p> <p>O que aprendeu com uma situação de cuidados</p> <p>♦ A estar atenta ao que o idoso poderá querer da pessoa de cada enfermeiro</p> <p>Acções de formação</p> <p>♦ Frequenta acções de formação</p>

<p><i>aplicar umas e outras não, (E G, p. 7)</i></p> <p>♦(...) conseguimos aprender na comunicação com os nossos colegas: eu não sei tudo, o meu colega não sabe tudo e, se juntarmos um pouco de todos conseguimos saber mais um bocadinho. Quando eu vou a uma acção de formação eu tento comentar o que é que se passou com os colegas, (...) O conhecimento acaba por ser alargado a todos, (E G, p. 7)</p>	<p>A troca de experiências com os colegas</p> <p>♦Valorização da troca de experiências com os colegas</p>
---	--